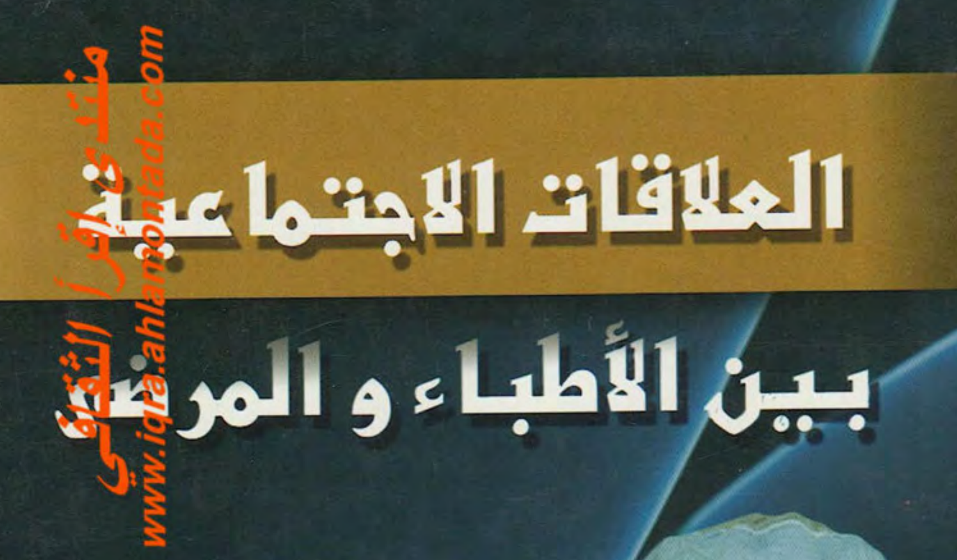


العلاقات الاجتماعية بين الأطباء و المرضى

دراسة ميدانية
في علم الاجتماع الطبي



سامي عبد الكريم الأزرق



العلاقات الاجتماعية

بين الأطبّاء والمرضى

دراسة ميدانيَّة في علم الاجتماع الطبيِّ

سامي عبد الكريم الأزرق

الطبعة الأولى : 2008

كميَّة الطبع: 1000 نسخة.

الرقم الدوليّ الموحَّد: ردمك 4 . 0261 . 9959 . 978 ISBN

الوكالة الليبيَّة للترقيم الدولي الموحَّد للكتاب، بنغازي - ليبيا.

الناشر: دار الشجرة للنشر والتوزيع

دمشق - سورية ص.ب: 34413

هاتف: 00963116320775 - تلفاكس 00963116347030

جوال: 00963933602751

إهداء

- إلى الذين تفيض قلوبهم حبّاً وعطاءً

إلى من ساندني بثقةٍ ونقاء

إلى والديَّ العزيزين،

أهدي هذا الجهد المتواضع.

عرفاناً وتقديراً وحبّاً بسخاء.

الباحث

بسم الله الرحمن الرحيم

وَالّذي هُوَ يُطْعِمُنِي وَيَسْقِينِ (79) وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ (80) وَالّذي يُمِيتُنِي ثُمّ يُحْيِينِ (81)

صدق الله العظيم

سورة الشعراء

الآية 79- 81

مُقدّمة

المعرفة ليست حكمة، ولا التبحُّر في المعرفة أكثر فلسفة وحكمة، ولو كان في المعرفة خلاص للعالم، لكنا الآن في حالة من السعادة.

والإنسان السعيد والحكيم هو الذي يتذوَّق طعم السعادة فيسعى دائماً ليعيش بعيداً عن المنغصات والمكدرات.

والمرض هو أكبر المنغِّصات في حياة الإنسان، فالصحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى.

ولعل موضوع الصحة والمرض هو شغل العالم الشاغل اليوم، فالمرض والوباء باختلاف أشكاله وأنواعه أصبح يشكل تهديداً لحياة الإنسان، والصحة العامة بشكل عام.

فما أن يظهر مرض مجهول في أي بقعة من العالم حتى تهرع منظمة الصحة العالمية لمعرفة أسباب ظهور المرض، وبكل الوسائل المتاحة والمعروفة، تتضافر الجهود بين الدول والمؤسسات في الدولة الواحدة للقضاء على هذا الوباء خوفاً من انتشاره.

إن هذه المخاوف ليست كما يتصورها البعض مجرَّد أوهام لا أساس لها من الصحة، فالاقتصاد والسياسة وكل مظاهر الحياة الأخرى مهدده إلى حد كبير بالانهيار في ظل وجود أمراض معدية بين البشر.

فكان لزاما على الدول أن تحافظ على صحة الإنسان الجسمية والنفسية والعقلية وتمده بكل ما من شأنه أن يدعم هذه الصحة، لكونها الرافد الوحيد لتحريك عجلة الإنتاج وتقوية الاقتصاد في الدولة وهي القوة العسكرية التي بها تحافظ الشعوب على أراضيها وتمنع عنها الغاصبين.

إن صحة الإنسان ليست بالشيء الهيِّن، وهي أغلى ما يملك الإنسان اليوم، بل وحتى الفقير في أي مكان يحب الحفاظ على صحته وسلامته وضرورة خلوِّه من المرض بل يصل الأمر للحفاظ على صحة الوافدين من الأمراض كي لا يتسبب بعدوى الأصحاء، وينتشر المرض أو الوباء فيصيب الدولة بنكبة المرض، وتصبح السيطرة عليه من الصعب تحقيقها.

ولهذا كان لوسائل الإعلام دورٌ مهمٌ في نقل الإنسان من مرحلة التخلف إلى التقدم عن طريق نشر الوعي الصحي وتحذير الناس من خطر المرض وصعوبة السيطرة على الأمراض المتفشية في بعض المجتمعات الموبوءة واتخاذ كافة التدابير الازمة التي من شأنها أن تحمي وتقي الإنسان من الأخطار التي تحدق به سواء في البيئة الطبيعية أو في محيطة الاجتماعي.

ولعل مرض الإيدز هو الوباء الوحيد الأكثر انتشاراً ، والأكثر خطراً اليوم، فهو يتسلل إلى الجسم ويتلف خلايا المناعة دون أن يشعر المريض بذلك، وله سرعة عجيبة في الانتشار بين مختلف فئات المجتمع، وخاصة الشباب.

ومن هنا نرى دور وسائل الإعلام في التحذير من هذا المرض اللعين والفتاك والمخاطر الناتجة بسبب الوضع الاجتماعي والأخلاقي المتدهور في المجتمعات اليوم، ناهيك عن الدور الذي تلعبه القيم الإنسانية والشرائع السماوية والتي تحذر من مغبة سلوك الإنسان الطرق المشبوهة في عملية إشباع اللذة الجنسية.

لذلك كان واجباً على الطبيب أن يكون على علم بمسبِّبات المرض ويدرك أن للمرض أبعاد اجتماعية تؤثر على الإنسان وصحته.

وكما هو معروف أن مرض الإيدز ظهر من بقعة معينة من الأرض وانتشر عبر انتقاله بين البشر بصورة عدوى قاتلة ليجد العالم نفسه اليوم أمام تحدٍّ خطير وفريد من نوعه، حتى أن عدد المصابين بهذا الوباء في العالم اليوم أصبح مبهماً بالنسبة للمسؤولين لسرعة انتشاره وخوف المصابين من افتضاح أمرهم مما يجعل موضوع حصرهم صعباً للغاية ، وحسب تقديرات الأمم المتحدة فإن المصابين بهذا المرض يصل إلى حوالي العشرة ملايين نسمة موزعة على جميع دول العالم.

وتلعب وسائل الإعلام الدور الأكبر والأبرز في التحذير من هذا الخطر القادم من الحضارة الغربية ، والتقدم المزيف بشتى الطرق والوسائل الممكنة.

إن الأمراض ـ بغض النظر عن أشكالها وأنواعها ـ فهي سبب رئيسي في تأخر عجلة الحياة ، فكم من أمراض وأوبئة حصدت أرواح الآلاف من البشر ، وفي زمن قياسي، كمرض الطاعون، الذي ينتشر في لحظات ويقضي على حياة الإنسان الذي يتعرض له في أقل من أربعة

وعشرين ساعة، وهو كفيل بأن يقضي على مدينة كاملة في غضون ثلاثة أيام على أعلى تقدير، فهذا المرض حصد في فترة من الفترات في دول عديدة أرواح بشر، وقضى على مدن كاملة.

ولعل الأمراض اليوم التي تنتشر بسرعة بين بني البشر تلقى في كثير من الأحيان استجابة سريعة من المنظمات وهيئات الإغاثة العالمية والحكومات والدول، وبالرغم من ذلك يبقى أمر السيطرة على المرض أمراً مرهوناً بوعي الإنسان وثقافته وابتعاده عن التقاليد والعادات الضارة وإتباع الطرق العلمية الصحيحة في العلاج والوقاية من الأمراض، ومهما يكن من أمر فإن العلاج اليوم قد لا يكون متوفراً دائماً بصورة متماثلة أو حتى كافية لكل المرضى، فهناك دول فقيرة لا يمكنها أن توفر العلاج الكامل وبأسعار مناسبة لكل المرضى فيها وقد يكون المريض نفسه لا يملك ثمن الدواء، ناهيك عن الحروب التي مزقت البشر، وسمحت للمرض بأن ينتشر بسبب كثرة الجثث في الشوارع، ومخلفات القنابل وما ينتج عنها من مواد كيميائية سامة وضاره بالإنسان والحيوان بل وحتى الحياة النباتية والمائية.

وبالرغم من أن في هذه المواضيع دروساً كبيرةً وخاصة في علم الاجتماع الطبي، إلا أن الباحث يتناول جزءاً بسيطاً منها لعلي يستطيع تقديم بعض ملامح المرض الذي يصيب الإنسان بالرغم من اختلاف الطريقة، فالمرض العضوي يعالج بشكل طبيعي وبالعقاقير الطبية، وقد يكون المرض الناشئ بأسباب عضوية يعالج بطريقة غير العقاقير لوجود العامل الاجتماعي في حياة الناس، والذي يلعب دوراً بارزاً في الإصابة والعلاج من بعض الأمراض.

ولذلك يبقى السؤال موضوع البحث قائماً، هل يدرك الطبيب بصورة أو بأخرى أثر العوامل الاجتماعية والثقافية في الإصابة ببعض الأمراض، وهل يدرك الطبيب إن تلك العوامل المسببة للمرض أحيانا هي نفسها التي تعالج المرض الذي نشأ بسببها من الجهة الأخرى..؟

ومن خلال التساؤلات التي تطرحها هذه الدراسة، والهدف الذي تسعى إلى التحقق منه، من أن للعوامل الاجتماعية دوراً في الإصابة بالمرض، أو أن العلاقة بين الطبيب والمريض لها أثر فعال في الشفاء من الأمراض، وهل للاتصال المباشر بين الطبيب والمريض أي أثر إيجابي في سرعة تماثل المريض للشفاء ؟

وكما نعلم أن الشفاء قد لا يكون أمراً مرجواً من بعض الأمراض، وخاصة المرضى

الذين يعانون من أمراض قاتلة كمرض الإيدز أو السرطان في مراحله المتطورة، أو أي مرض آخر. إلا أن دمج المريض المصاب بمثل هذا المرض أو غيره من الأمراض العادية التي يمكن أن يشفى منها في المجتمع ومعاملته على أساس أنه فرد عادي، وأن مرضه لا يدعوا إلى الخوف، وإذا ما تعاون الطبيب وأسرة المريض وأصدقاؤه في إيصال تلك الحقيقة للمريض وكل من له علاقة به، فإن حال المريض سوف يتغير لا محالة.

إن المساعدة الطبية لا تعني طلب الدواء بقدر ما تعني طلب المساندة والمؤازرة الاجتماعية والألفة المعهودة في بني الإنسان، ولعل هذا النداء غير واضح في سلوك المرضى، إلا أن ذلك الإحساس وهذا الشعور موجود حقيقة إذا ما بحثنا عنه في داخلنا وفي داخل كل مريض، فالمريض لا يحتاج إلى أكثر من ذلك، ومن ثم يأتي دور العلاج الطبي.

إن الدراسات السابقة التي درست هذا الموضوع، والتي توفر جزءاً يسيراً منها للباحث، أثبتت بما لا يدع مجالاً للشك أن العامل الاجتماعي هو أهم العوامل على الإطلاق في العملية العلاجية، باستثناء بعض الأمراض التي تحتاج إلى علاج طبي بحت.

حتى الأمراض التي يكون العلاج فيها بطريقة طبية كالجراحة مثلاً تحتاج إلى قدر كبير من التعبير الودي والاجتماعي، والوقفة الجادة من الأسرة والأقارب لجانب المريض ومن الطبيب ليشعر المريض وكأنه في فترة نوم مؤقتة، وليس تحت تأثير المخدر.

وفي هذه الدراسة تناولنا موضوع المؤثرات الاجتماعية على المرض، وكذلك المؤثرات الثقافية، وكيفية إدراك الطبيب لهذه المؤثرات في عملية الصحة والمرض.

وتنقسم هذه الدراسة إلى أربعة فصول، تبحث في كل فصل منها على مفاهيم تتعلق بالصحة والمرض وعلاقة الطبيب بالمريض، ففي الفصل الأول نتناول المفاهيم الاجتماعية للصحة والمرض، ويبحث هذا الجزء من هذه الدراسة في بعض المفاهيم كالصحة والمرض والأمراض التي لها أبعاد اجتماعية، كمرض السرطان، والإيدز، وضغط الدم، ومرض السكر.

وكذلك البعد الاجتماعي للصحة والمرض، وأهم العوامل الاجتماعية والثقافية وتأثيرها على صحة الإنسان كالعادات والتقاليد والمفاهيم الاجتماعية والثقافية الخاطئة.

واختتم الفصل بموضوع التثقيف الصحي وأهميته بالنسبة للطبيب المعالج والمريض الذي يسعى طلبا للعلاج.

ويتناول الفصل الثاني بالشرح والتحليل العميق موضوع الإطار الاجتماعي للصحة والمرض.

وتتمحور أهمية هذا الفصل من خلال عدة مواضيع هي غاية في الأهمية بالنسبة لموضوع الدراسة، فقد تناولنا موضوع العلاقات الاجتماعية والمكانة والدور في النسق الطبي، ودور الطبيب والممرِّضة، ودور المريض من جهة أخرى، وكذلك علاقة الطبيب بالمريض وعلاقة التفاعل بشكل عام بين الأطبَّاء والمرضى عند اللقاء الأول في المستشفى، ولم نرَ مناصاً من التعرُّض لموضوع مهمٍّ جداً ؛ وهو أهمية التأهيل الطبي والفني للأطباء وأهمية الخبرة في مجال الطب والأمراض والتعاملات الخاصة مع المرضى.

كما أننا لم نستبعد موضوع آخر وهو موضوع البعد الاجتماعي للصحَّة والمرض، ومدى تأثير المرض على أسرة المريض وعلى نفسية المريض نفسه.

ومن ثم يأتي الفصل الثالث ليغطي جانباً مهماً من هذه الدراسة، وهو العلاقات الاجتماعية بين الفئات العاملة في مجال الطب والمرض.

وبالرغم من أن موضوع الدراسة يبحث في زاوية معينة، وهي مدى إدراك الطبيب لدور العوامل الاجتماعية والثقافية في إصابة وعلاج بعض الأمراض، إلا أنه قد تم طرح موضوعات أخرى ذات أهمية بالغة وتخدم موضوع البحث.

رأى الباحث ضرورة ذكرها، وسوف يتم ربط ما تم ذكره في الإطار النظري بالدراسة الميدانية التي تتجسَّد في تساؤلات الدراسة الواردة عقب الدراسات السابقة.

ومن خلالها نحاول الإجابة عن بعض التساؤلات والتي ربما تخدم النسق الطبي والطبيب بشكل كبير في العملية العلاجية والطبية بشكل عام، وربما تضع أمام دارس علم الطب نبراس يهتدي به الطلاب إلى الطريقة المثلى للتعامل مع مرضاهم.

الفصل الأول

- تقديم
- مشكلة الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- تعريف مصطلحات الدراسة
- الدراسات السابقة
- مقارنة بين الدراسة الحالية بالدراسات السابقة
- تساؤلات الدراسة
- خاتمة

تقديم

يتناول الفصل الأول بالشرح والتحليل الأهداف الأساسية لهذا البحث، والأبعاد الاجتماعية للمشكلة المطروحة، كما يتناول أهمية العوامل الاجتماعية والثقافية المسبِّبة للمرض، وكيف أصبحت هي الدائرة الأولى في أبحاث العلماء المهتمين بمجال الطب والأمراض الاجتماعية.

كما يتناول هذا الفصل بالشرح والتحليل موضوع الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الصحة والمرض من وجهة نظر علماء الاجتماع، وكيف يمكن أن يدرك الطبيب العوامل الاجتماعية والثقافية المسبِّبة للمرض، والتي تكون السبب في علاج نفس المرض.

ولا يمكن معرفة الطريقة التي يدرك بها الطبيب أسباب المرض إلا من خلال طرح بعض التساؤلات التي من خلالها يمكن التعرف على الكيفية التي يمكن أن يدرك بها الطبيب أسباب الأمراض الاجتماعية، وأهمية العلاقات الاجتماعية في علاج بعض الأمراض اجتماعية المنشأ.

ولكي ينجلي الغموض في موضوع الدراسة سوف يتم تعريف كافة المصطلحات التي من خلالها يتم إزالة اللبس على الباحث أو القارئ، فمن خلال توضيح المصطلحات يمكن التعرف على نية الباحث ومقصده بمجرَّد مراجعة التعريفات التصورية والإجرائية.

مشكلة الدراسة :

لعل موضوع علم الاجتماع الطبي من بين أكثر المواضيع أهمية في الوقت الحاضر، وذلك للعلاقة الوثيقة التي تربط الطب بعلم الاجتماع، وامتزاج العلمين في قالب واحد ويعالج مشاكل بين الفرعين.

إن من بين أهم المشاكل التي تسعى الدراسة لإيجاد الدوافع وراء حدوثها، وإمكانية التغلب على عدم فهم الطبيب للمريض، أو عدم استجابة المريض للطبيب،

وعلاقة الطبيب بالمريض.

ولكن ليست كل العلاقة بين الطبيب والمريض، بل تحاول الدراسة الولوج إلى جزء معين من هذه العلاقة المباشرة التي تتم بشكل مباشر، ودون تدخل من أحد، وتأثيرها على الحالة الصحية للمريض .

ولعل موضوع هذه الدراسة وهو إدراك الطبيب للعوامل الاجتماعية والثقافية في إصابة وعلاج بعض الأمراض، دالٌ على المساحة التي تتاول بالبحث والتقصّي. ففي عالمنا اليوم الذي يعتمد على السرعة في إنجاز الأحداث، والتغاضي عن كثير من الأحداث الأخرى والتي لا تبدو في نظر الآخرين ذات أهمية بالرغم من أهميتها فعلاً في داخل الحدث الذي يمر بنا في كل يوم.

وتكمن مشكلة الدراسة في مدى إدراك الأطبّاء المعالجين لأسباب المرض الحقيقية، وحتى إذا أدرك الطبيب أسباب المرض هل يعلم أن الأسباب البيولوجية تحدث نتيجة عوامل أخرى مسبِّبة لها غير عضوية ؟ وإذا تمكن الطبيب من الوصول إلى هذه النتيجة بفهمه وخبرته، هل يستطيع علاج تلك الأمراض التي نشأت بأسباب غير عضوية بنفس الطريقة التي كانت سبباً في حدوثها ؟

وتعتبر مشكلة الدراسة غاية في الأهمية، وذلك لضرورة وجود أفراد أصحّاء في المجتمع يسعون للنهوض به، ولا يتأتى لهم هذا إلا عن طريق ارتفاع معدلات الصحة وانخفاض معدلات المرض.

ولهذا نسعى من خلال هذه الدراسة للوصول إلى معرفة ما إذا كان الأطبّاء على قدرٍ كافٍ من الإعداد المتميز لمعرفة الأسباب الحقيقية لحدوث المرض الناشئ أصلاً بمسبِّبات اجتماعية، فكثرة الأحداث والصراعات والمشاكل في المجتمع، وداخل الأسرة وفي محيط العمل كلها تؤدّي إلى الإصابة بالمرض، فمشاكل الصحة النفسية ومشاكل الصحة البدنية كمرض السكر ومرض الإيدز وضغط الدم، كلها أمراض تلعب العوامل الاجتماعية والثقافية دوراً كبيراً في ظهورها وخطورتها.

فمرض الإيدز مثلاً الذي يعتبر من الأمراض الفتاكة، يحدث بسبب العلاقات الاجتماعية غير المشروعة وغير السوية، وبسبب انعدام الأخلاق الإنسانية، مما يسبب هذا النوع من الأمراض.

فمعرفة مدى استيعاب الأطبَّاء لهذه الحقيقة ؟ وهل يجعلونها في قائمة أولويَّاتهم عند علاجهم الطبي لهؤلاء المرضى ؟ هو أمر على قدر من الأهمية.

إن كثيراً من الأطبَّاء لا يعير العامل الاجتماعي أي اهتمام أثناء علاج المريض، مما يجعل العملية العلاجية غير مكتملة وناقصة.

وفي الحقيقة إذا أمعنا النظر في أسلوب العلاج المتَّبع لدى الطبيب لا نرى إلا الكشف الطبي كوسيلة لعلاج المرض، وإذا ما تتبعنا أسلوب أحد الأطبَّاء في علاج كل المرضى الذين يتردَّدون عليه ليوم واحد نجد أن العلاج المهني هو المسيطر على أسلوب الطبيب.

إن هذا القصور يعتبر حلقة مفقودة في عملية العلاج والذي نتج عن عدم إعداد مركز متميِّز للأطباء في كليات الطب، مما أدَّى إلى خلل في العملية العلاجية.

إن الإعداد الاجتماعي ضروري لطلاب الطب والذين هم في الأساس أطباء المستقبل، إلا أن هذا الجانب مهمل في كليات الطب وكليات صحة المجتمع، وكأن الطبيب الذي يسعى للحصول على شهادة الطب لا يعيش في مجتمع تسوده العلاقات الاجتماعية والتداخل الاجتماعي وغيره من عمليات الصراع والتنافس والتغير الاجتماعي، وهذه بدورها تؤثر على سلوكه وفي نفسيته وتنعكس على صحة المريض.

ومن هنا نجد أن موضوع إدراك الطبيب للعوامل الاجتماعية والثقافية المتعدِّدة للأفراد والشعوب ومعتقداتهم مهمٌّ جداً في إيجاد طبيب واعٍ يستطيع أن يتعامل مع المرضى ويساعدهم على حل مشاكلهم الصحية.

ومع ذلك لا يجب أن نتجاهل أن المرض قد يكون في كثير من الأحيان بسبب طبي بحت، بمعنى أنه ليس بالضرورة أن يكون وراء كل مرض عضوي سبب أو أسباب اجتماعية أو نفسية، بغض النظر عن نتائج المرض.

ولهذا نؤكد على أن الإعداد الجيد للطبيب في أثناء فترة دراسته في الكلية وهو طالب على مقاعد الدراسة ذو أهمية بالغة، كي تتشكل معالم الشخصية الحقيقية للطبيب المنشود في المجتمع الذي تكون له رؤية واضحة في كل الأمور التي تتعلق بمجال عمله ومهنته، ولمعرفة كل الأسباب الحقيقية الكامنة وراء المرض، وسوء الحالة النفسية للمريض.

إن إدراك الطبيب لهذه العوامل ليس بالأمر الهيِّن، فهو يتطلّب مهارةً ودقّةً عاليةً، وقدرةً على التنبُّؤ والتشخيص الصحيح، فكلما كان الطبيب على قدر كبير من التركيز فإنَّ العملية العلاجية وتشخيص المرض يصبحان أمراً في غاية السهولة واليسر.

وعلى العكس من ذلك، فكلما كان الطبيب قليلَ الخبرة والإعداد ولا يتمتع بتركيزٍ عالٍ فإن النتائجَ تأتي على حسب التشخيص غيرِ الدقيقِ، ويقع المريض ضحية التشخيص الخطأ.

أهداف الدراسة :

كما هو معروف في الدراسات الاجتماعية أنها تهتم بالعلاقات الاجتماعية في المجتمع، ودور الفرد في هذا المجتمع من حيث هو فرد فاعل وليس آلة تؤدِّي وظيفة.

ومن هنا فإن هذه الدراسة تهدف إلى الوصول لنتائج قريبة من الواقعية في مفهومها العام، وبيان فيما إذا كان للعوامل الاجتماعية والثقافية أيَّ دورٍ في إصابة الناس بالمرض، كما إنها تهدف إلى معرفة أهمية العلاقة بين الطبيب والمريض، وهل تؤدِّي هذه العلاقة في نهاية السلسلة العلاجية إلى الشفاء أكثر من العقاقير الطبية ؟ أو على الأقل الأمراض التي تحتاج إلى هذا النوع من العلاج ؟

بالإضافة إلى ذلك هل يعرف الطبيب أن وجود علاقة اجتماعية حميمة وودية بينه وبين المرضى الذين يعالجهم أو يشرف على علاجهم في أحد المراكز الطبية، لها أثر في عملية العلاج ؟ وهل يعلم الطبيب أو يدرك أن للعوامل الاجتماعية (كالقيم الاجتماعية والتقاليد والبيئة الأسرية والضغوط الاجتماعية والوظيفة والبيئة المحيطة)، دوراً مؤثِّراً على صحة الإنسان ؟

أما يعلم أن العوامل الثقافية تؤدّي إلى إصابة الإنسان بأمراض مختلفة كالعادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع بين عامة الناس والأميين بوجه خاص ؟.

أما عن الهدف العلمي لهذه الدراسة فيكمن في معرفة مدى قدرة الطبيب المعالج على التعرُّف على أهمية الدور الاجتماعي والثقافي في الإصابة بالمرض، وأهميته في علاج تلك الأمراض التي نشأت أصلاً بسببها.

ويمكن صياغة الأهداف العلمية لهذه الدراسة على الشكل التالي :-

1- التعرُّف على دور العوامل الاجتماعية والثقافية في الإصابة ببعض الأمراض.
2- التعرُّف على أهمية العلاقات الاجتماعية بين الطبيب والمريض في علاج بعض الأمراض ذات المنشأ الاجتماعي.
3- التعرُّف على دور الطبيب وهو فرد يعيش داخل المجتمع في نهج الأسلوب الأمثل لعلاج المشكلات الصحية في إطارها الاجتماعي والثقافي.

أما الأهداف العملية لهذه الدراسة فهي كالآتي :

1- هل يدرك الطبيب أن للعوامل الاجتماعية والثقافية أيُّ دور في علاج المرضى ؟
2- هل يدرك الطبيب أن للعلاقة الاجتماعية مع المرضى أثر إيجابي على صحتهم ؟

أهمية الدراسة :

تكمن أهمية هذه الدراسة في إبراز جانب مهم من جوانب علم الاجتماع الطبي، وتركز على دور العوامل الاجتماعية والثقافية في التسبب بالإصابة في بعض الأمراض وعلاجها.

إن المجتمع السعيد هو ذلك المجتمع الخالي من الأمراض، الذي يتمتع فيه الفرد بصحة جيدة ومستوى معيشي مرموق.

ولعل المجتمعات اليوم تتسابق من أجل رفع مستوى الصحة بين أفراد المجتمع، لأن الفرد في المجتمع كلما كان صحيح الجسم ومعافًى كانت له القدرة العالية على العطاء والإنتاج.

فالإنسان داخل المجتمع يتعرَّض لكثير من الضغوطات اليومية سواء أفي مجال عمله أم في نطاق الأسرة أو الحي الذي يعيش فيه... إلخ.

وقد ينتج في بعض الأحيان اضطرابات تؤثر على سير حياته النمطية مما يجعله فريسة سهلة للمرض، فيدفعه لزيارة الطبيب المختص للتخلص مما ألمَّ به من أوجاع غير طبيعية، أثرت على دوره وسلوكه العام.

ومن هنا يأتي دور الطبيب ليتدخل في حياة المريض، وتبدأ العلاقات الاجتماعية تتشكل بين الطبيب والمريض، للتخفيف من وطأة الألم على المريض.

فإذا كان الطب يركز في علاجه على الجانب المهني والإكلينيكي فقط، يكون ذلك سبباً في تأخُّر عملية الشفاء أحياناً.

فالفرد في المجتمع هو عامل وموظف وفرد اجتماعي في أسرة يؤدِّي دوراً مهمّاً في المجتمع، وله وظيفة يؤدِّيها داخل النسق الواحد، وفي كل القطاعات التي هو عضو فيها، فإذا ما أصيب هذا الفرد بمرض معين أدَّى ذلك إلى تركه لموقع عمله، وتأخر عملية الإنتاج أو توقفها، وبالتالي تأخر المجتمع، فالمجتمعات الحديثة تتسابق من أجل السيطرة على المرض، وتوفير مستوى صحي واجتماعي مرموق لأبنائها للاستفادة منهم في العطاء ورقي المجتمع، فأهمية الدراسة هي معرفة فيما إذا كان الطبيب يدرك أهمية العامل الاجتماعي والثقافي في إصابة وعلاج بعض الأمراض ؟ وهل يعلم الأطبَّاء أن لهذه العوامل أهميةً بالغةً في عملية الصحة والمرض ؟

فالمجتمع بحاجة لفرد سليم الجسم قادر على البذل والعطاء، وفي هذه الدراسة نحاول أن نلتمس موضع الإصابة والعلاج، وننير الطريق أمام الطبيب كي يتحسَّس الوجع، وموطن الألم للسيطرة عليه، والحفاظ على المجتمع من المرض.

تعريف مصطلحات الدراسة :

(1) المؤسّسة الطبيّة :

أ / التعريف التصوُّري :

((كل هيئة أو وحدة أو تنظيم يستهدف تقديم رعاية صحية سواء كانت علاجية، أو وقائية أو إنشائية، وسواء كانت رعاية عامة أو رعاية متخصُّصة بلا استثناء وتكتسب المؤسسة هذه الصفة العلاجية أو الوقائية الصحية لوجود عدد مناسب من المتخصّصين في شؤون الطب كالأطبَّاء والممرِّضين والأخصائيين في شؤون العلاج أو الكشف أو التحليل...إلخ))[1]

((المؤسسة الطبية هي كل وحدة أو تنظيم مستقل لخدمات علاجية، خدمات وقائية أو استثائية، وينطوي تحت المؤسسة العلاجية : المستشفيات العامة والعيادات والمستشفيات التخصُّصية والمستوصفات)) [2]

ب / التعريف الإجرائي :

يقصد بالمؤسسة الطبية ذلك المكان الذي يضم الأطبَّاء والمرضى والعاملين، وتمارس فيه الخدمة الطبية للمرضى ويحتوي على أجنحة خاصة بإيواء المرضى والاعتناء بهم، وببعض الحالات المرضية التي يتم متابعتها من خلال إشراف الطاقم الطبي المتخصّص.

2- المريض :

أ/ التعريف التصوري :

((ذلك الشخص الذي يحدث له خلل أو اضطراب في عنصر من عناصر شخصيته الجسمية أو النفسية أو العقلية أو الاجتماعية وبذلك يمكن تصنيف المرض تبعاً لهذه الاضطربات))[3]

((وفي الماضي كان يستخدم مصطلح مريض **patient** ليشير إلى الشخص الذي يعاني من تعب ما وكان المصطلح يطلق على صاحب العضو المريض **diseased organ** أو مختل الوظيفة **system malfunctioning** أما الاستخدام الحديث لهذا المصطلح أصبح يشير إلى الشخص الذي يبحث عن العناية الطبية)) [4]

ب/ التعريف الإجرائي :

المريض هو ذلك الشخص الذي حدثت له تغيرات بيولوجية أثرت على سلوكه العادي مما اضطره إلى مراجعة الطبيب بحثاً عن علاج لحالته.

3/ العلاقات الاجتماعية Social Relation

أ/ التعريف التصوري :

((هي نموذج التفاعل المتبادل الذي يستمر فترة معينة من الزمن تؤدّي إلى ظهور مجموعة توقعات اجتماعية ثابتة)) [5]

((العلاقات الاجتماعية هي أي اتصال أو تفاعل يقع بين شخص أو أكثر من أجل إشباع حاجات الأفراد الذين يكونون مثل هذا الاتصال أو التفاعل كاتصال البائع بالمشتري واتصال الطالب بالأستاذ واتصال القاضي بالمتهم واتصال الضابط بالجندي)) [6]

((العلاقات الموجبة : هي التي تؤدِّي إلى حفظ النوع الإنساني في العمل على بقائه ودوام استقراره وتنمو باتجاه الأفراد والجماعات إلى التكامل وتوحد الموقف والأهداف.

والعلاقات السلبية : هي على عكس الأولى من حيث أنها تؤدِّي إلى روح العداء بين الجماعات والشعوب، وتقوِّي عوامل الصراع، وتوسِّع من نطاق الفوارق الطبيعية والاجتماعية)) [7]

ب / التعريف الإجرائي :

العلاقات الاجتماعية هي كل علاقة تنشأ بين الطبيب والمريض، وتكون هذه العلاقة مبنيَّة على التفاهم والاحترام وذات طابع ودِّي وقائمة على أساس الثقة.

ومن خلال هذه العلاقة يمكن لكل من الطبيب والمريض أن يفهم كلٌّ منهما الآخر، ويمكن أن يستوعب الطبيب شكوى المريض ومشاكله وظروفه التي أدَّت به إلى المرض.

4/ الدور Role

أ/ التعريف التصوري :

((مجموعة توقعات تخص مكانة نسقيَّة بنائية يشغلها الفرد)) [8]

((هو مجموعة من القيم والمعايير التي تحدِّد السلوك المنتظر من شخص معين استناداً إلى سماته الشخصية وخصائصها.

وهو تصور لسلوك يرتبط بشخص معين وبصفة من صفاته الشخصية لأنه تعبير عن حاجاته الشخصية)) [9]

((وفي مقولة كلاسيكية لاحظ رالف لينتون Ralph Linton أن الوضع الاجتماعي هو – ببساطة – مجموعة من الحقوق والواجبات، بينما يمثل الدور المظهر الحركي للوضع الاجتماعي)) [10]

ب / التعريف الإجرائي :

يعني الدور أن لكل فرد في المؤسسة العلاجية دوراً خاصاً به، وهو مميز عن بقية الأدوار يقوم به من أجل تقديم خدمة معينة للمرضى، وهو عبارة عن نشاط حركي واجتماعي يتم من خلال وسط اجتماعي بين الطبيب والمريض مثلاً.

5/ الاتصال : Communication

أ/ التعريف التصوري :

((الاتصال عملية تفاعل بين طرفين...ضرورة من ضروريات استمرارية الحياة الاجتماعية لتحقيق التفاعل الاجتماعي)) (11)

((ويعرف بأنه عملية اشتراك ومشاركة في المعنى من خلال التفاعل الرمزي، وتتميز بالإيثار في الزمان والمكان، فضلاً عن استمراريتها وقابليتها للتنبؤ)) (12)

((يعرف الاتصال على أنه انتقال المعلومات أو الأفكار أو الاتجاهات، أو العواطف من شخص أو جماعة إلى شخص أو جماعة أخرى، من خلال الرموز)) (13)

((كما يعرف ستيينيز الاتصال بأنه استجابة الكائن الحي المميز إزاء محرض)) (14)

ب / التعريف الإجرائي :

الاتصال عملية المقابلة وانتقال المعلومات وجهاً لوجه، بين الأشخاص وهو ما يعرف بالمقابلة الشخصية ويتم من خلال تبادل الأفكار والمفاهيم وكذلك تكون عملية مناسبة للتفاعل الاجتماعي وبناء العلاقات الاجتماعية بين الأفراد، فمثلاً كلما كان لقاء الطبيب بالمريض مباشراً (وجهاً لوجه) وبدون واسطة بينهما، أدَّى

ذلك إلى تقبل المريض التعليمات الصادرة من الطبيب، وهذه،نسب وسيلة اتصال بين الطبيب والمريض.

6/ العلاقات الاجتماعية الرسمية : Formal social Relations

ا/ التعريف التصوري :

((هي العلاقة التي يحدد أسسها ومفاهيمها القانون الرسمي للمنظمة الصناعية وغالباً ما يخدم هذا القانون قادة المؤسسة والمنظمات الاجتماعية ويهدف إلى ضمان قيام المؤسسة بأعمالها)) (15)

((تعد المشكلة: مشكلة اجتماعية social problem حينما تكون أسبابها وعلاجها خارج نطاق الفرد وبيئته المباشرة)) (16)

ب/ التعريف الإجرائي :

يقصد بالعلاقات الاجتماعية الرسمية، تلك العلاقات القائمة على التعامل المحدَّد بقوانين وضوابط محدَّدة ولا يجوز خرقها بين المتعاملين بها، كأن تكون علاقة الطبيب بالمريض علاقة رسمية ولا يجوز لأي طرف من أطرف هذه العلاقة أن يتحدث في أي موضوع مهما كان، غير موضوع المرض الذي يعاني منه كما أن هذه العلاقة قائمة على تعامل مؤقت وغير محدَّد بزمن معين.

7/ العلاقات الاجتماعية غير الرسمية Informal social Relations:

ا/ التعريف التصوري :

((وهي الاتصالات والتفاعلات التي تقع بين أعضاء المؤسسة مهما تكن أدوارهم الوظيفية والتي لا تحددها القوانين والإجراءات الرسمية بل وتحددها مواقف وميول واتجاهات ومصالح الأفراد الذين يكونونها ويدخلون في إطارها)) (17)

ب/التعريف الإجرائي :

ونعني بالعلاقات غير الرسمية هو عدم التقيد بالقوانين والضوابط الإدارية الصارمة والاستعاضة عنها بعلاقات عامة وودية بين الأفراد الذين يعيشون في مجتمع واحد وتسود فيه نوع من العلاقات البسيطة الخالية من الكلفة والتعقيد والترفع والتمسك بحرفية الضوابط القانونية المعقدة.

كالعلاقة الودية بين الطبيب ومرضاه يجب ألا تكون علاقة رسمية في إطار العمل والقانون، بل يجب أن تكون العلاقة غير رسمية وودية يسودها نوع من الاحترام المتبادل والتفاهم بين الطبيب والمريض، وحتى يتسنى للمريض التحدث إلى الطبيب المعالج بكل حرية، ويمكنه الكشف عن مشاكله الشخصية التي تؤرّقه، وفي المقابل يمكن للطبيب اتباع أنجع السبل في علاج المريض ويبصره بموضوع مرضه وأبعاده الصحية والاجتماعية.

8/ الثقافة: Culture

أ/ التعريف التصوري :

عرف تايلور **Taylor** الثقافة على أنها ((الكل المركب من المعرفة والعقائد، والفن، والقانون، والأخلاق، والقيم، والأعراف، والقدرات التي يستطيع الفرد أن يكتسبها في المجتمع باعتباره عضواً فيه)) (18)

((فالثقافة تتألف من أنماط، مستترة أو ظاهرة للسلوك المكتسب والمنقول عن طريق الرموز، فضلاً عن الإنجازات المتميزة للجماعات الإنسانية، ويتضمن ذلك الأشياء المصنوعة، ويتكون جوهر الثقافة من أفكار تقليدية وكافة القيم المتصلة بها أما الأنساق الثقافية فتعتبر نتاج السلوك من ناحية، وتمثل الشروط الضرورية له من ناحية أخرى))(19)

((ويعرف كلايد كلاكهو Kluckhoho الثقافة بأنها جميع مخططات الحياة التي تكونت على مدى التاريخ. بما في ذلك المخططات الضمنية والصريحة، وهي توجد في أي وقت كموجهات لسلوك الناس عند الحاجة)) [20]

ب/ التعريف الإجرائي:

يقصد بالمفهوم الثقافي في هذه الدراسة معرفة الطبيب لبعض الثقافات الفرعية المسببة لبعض الأمراض، فكثير من الشعوب لها ثقافتها الخاصة في فن علاج بعض الأمراض وإذا ما كنت أحد الأفراد الذين يؤمنون بالثقافات الخاصة في علاج بعض الأمراض، وأنك معتاد على العلاج الشعبي غير المدروس مثلاً، فهل يدرك الطبيب أن هذه الثقافات قد تكون سبباً في إصابة بعض الناس بأمراض معينة، وهل يمكن أن يعالجوا بنفس تلك المفاهيم الثقافية التي ورثوها عن آبائهم.؟

فالمفهوم الثقافي يعني قدرة الفرد على الالتزام بالعادات والتقاليد وقدرة الطبيب على علاج الأمراض الناتجة عن هذا الالتزام بنفس المفهوم الثقافي.

9/ الإدراك:

أ/ التعريف التصوري:

((إنه نوع من الاستجابة لا مجرَّد أشكال حسية، بل رموز وأشياء، ترمي هذه الاستجابة إلى القيام بضرب معين من السلوك)) [21].

ب/ التعريف الإجرائي:

يقصد بالإدراك هو قدرة الطبيب على معرفة الأسباب الحقيقية لزيارة المريض له، وهل يستطيع تشخيص المرض من ناحية اجتماعية. وهل يفهم الطبيب السبب الحقيقي وراء السلوك الشخصي للمريض.

المتغيرات الأساسية الواردة في الدراسة :

المتغير المستقل المتغير التابع

1- العلاقة غير الرسمية ارتياح المريض

2- الاتصال المباشر تقبل تعليمات الطبيب

3- العلاقة بين الطبيب والمريض مشكلات المريض الشخصية

4- العلاقة بين الطبيب والمريض سرعة تماثل المريض للشفاء

الدراسات السابقة

تعتبر الدراسات والبحوث العلمية ذات أهمية علمية بالغة في إنارة الطريق أمام الباحث وتوضح الكثير من الملامح العلمية التي لا يمكن أن تدرك ما لم يطلع عليها الدارس.

وفي هذا البحث استعان الباحث بما توفر لديه من دراسات عربية حول مواضيع تمس الدراسة الحالية بشكل مباشر أو غير مباشر، وكان لها أثر بالغ الأهمية في تعديل الإستراتيجية البحثية وإثراء البحث بشكل عام. إن معظم الدراسات السابقة التي تناولناها تعالج مواضيع بالغة الأهمية كموضوع دراستنا الحالي، وهو العلاقات الاجتماعية الطبية داخل النسق الطبي، وخاصةً بين الأطبَّاء والمرضى الذين يخضعون للعلاج الطبي داخل المستشفيات أو مجرَّد مترددين على العيادات الصحية.

وقد تباينت الأهداف بين الدراسات السابقة، كما اختلفت المناهج وذلك حسب نوع الدراسة، وقد خلت إلى نتائج تطرقنا إليها بشيء من التفصيل.

وفيما يلي أهم هذه الدراسات التي تمثل في مجملها تجارب ودراسات علمية عربية وغير عربية.

1- الدراسة الأولى بعنوان : نسق الخدمة الطبية في المجتمع المحلى. دراسة انثروبولوجية في إحدى القرى المصرية.

2- الدراسة الثانية بعنوان : المدخل الأنثربولوجي والتثقيف الصحي. دراسة ميدانية في مجتمع محلى .

3- الدراسة الثالثة بعنوان : مكانة وأدوار الممرِّضين والممرِّضات في النسق الطبي.

4- الدراسة الرابعة بعنوان : دراسة ميدانية لتنظيم التفاعل والعلاقات في عنبر جراحة رجال بمستشفى، كينجزتون بانجلترا.

5- الدراسة الخامسة بعنوان : الأبعاد الاجتماعية للرفض الاجتماعي لمرضى الجذام. دراسة في علم الاجتماع الطبي.

6- الدراسة السادسة بعنوان : تحليل الجانب السوسيولوجي لمشكلة العلاج داخل البناءات والمؤسسات التنظيمية والعلاجية.

7- الدراسة السابعة بعنوان : العلاقات الإنسانية في المستشفى. كارترايت **1994 Cartwright**

8- الدراسة الثامنة بعنوان : دراسة بيئية على صحة الشعب الياباني.

9- الدراسة التاسعة بعنوان : المرضى ولجوئهم للرعاية الصحية. موقف الناس من الانتفاع بالخدمة الطبية والصحية في إيران.

10- الدراسة العاشرة بعنوان : توضح العلاقة بين الطبقة والمرضى ونوعية التفاعل الاجتماعي في المؤسسات العلاجية.

** الدراسة الأولى:

نسق الخدمة الطبية في المجتمع المحلى. دراسة انثروبولوجية في إحدى القرى المصرية. وقامت بهذه الدراسة نجوى محمود عبد المنعم عام 1989م على إحدى القرى المصرية، وهى قرية (ناهية) إحدى قرى محافظة الجيزة التابعة لمركز إمبابة.

((وتكمن أهمية هذه الدراسة في التعرف على الدور الذي تلعبه جهود التنمية الصحية الرسمية وعلاقة ذلك الدور لأفراد مجتمعهم.

انطلقت هذه الدراسة من افتراض مؤداه أن مؤسسات العلاج الرسمي بالريف المصري تواجه العديد من المشكلات التي وقفت حائلاً أمام قيامها بدورها بالقرية المصرية)) (22)

وقد يكون من الممكن وجود خدمات طبية تقدم في المجتمع المحلي تشكل عائقاً أمام خدمات النسق الطبي العام ويعيق الجهود المبذولة في تأكيد أهمية دور العلاقات التي تلعب دوراً مهماً في هذا النسق.

فالنسق الطبي يتعرَّض إلى مشكلات وعراقيل كبيرة أثناء تأديته للواجب المنوط به حتى في المراكز الحضرية المتقدمة، فكيف الحال إذا ما كان هذا النسق داخل مجتمع متخلف من حيث العلاقات الطبية الرسمية وأهميتها في تقديم خدمات صحية لأبناء القرية البعيدة عن المراكز المتقدمة.

وقد استخدمت هذه الدراسة منهج دراسة الحالة، وكانت الأسرة والوحدة الصحية وكذلك المعالجين الشعبيين وحدات لدراسة الحالة.

أما وسيلة جمع البيانات فقد كانت الملاحظة بالمشاركة، ولعل وسيلة جمع البيانات هذه تتمشّى مع مجتمع الدراسة نظراً لكون معظم أفراده لا يجيدون القراءة والكتابة، كذلك فإن مجتمعات القرى تكون في معظم الأحيان مجتمعات متخلفة لها عاداتها وتقاليدها التي لا تسمح لهم بالإفصاح عن بعض أنماط التفاعل الاجتماعي

الرسمي داخل مجتمعاتهم، ويهتم الناس في المجتمعات الريفية ((بالفقهاء أكثر من الأطبّاء ويستعملون الوصفات الشعبية أكثر من استعمال الأدوية ويزورون الأضرحة أكثر من زيارتهم للمستشفيات)) [23]

فكل هذه المعتقدات التي تسيطر على هذا المجتمع الريفي تجعل أمر استخدام وسيلة أخرى لجمع البيانات أمراً في غاية الصعوبة، فملاحظة سلوك وأنماط التعايش اليومي مع المرضى وزيارة الأطبّاء واستخدام الأدوية تتم ملاحظته من خلال الباحث للتعرف على الأنساق التي تحكم كل هذا التفاعل اليومي.

ويعتبر منهج دراسة الحالة منهجاً مناسباً لكل الدراسات الأنثربولوجية بصفة عامة نظراً لكونه يهتم بدراسة الحالة بتعمق وعن قرب، ولا يتيح الفرصة لتدخل توقعات الباحث التي قد تكون صحيحة في كثير من الأحيان.

وقد توصّلت هذه الدراسة إلى نتائج مهمة في مجال نسق الخدمة الطبية في المجتمع المحلي وهذه النتائج هي:-

1- ((إن الدور المتوقع للخدمة الطبية ينحصر في الطبيب المعالج والأدوية التي تشفي الأمراض، إلا أن الدراسة أظهرت أن هناك قصوراً في كلا الجانبين.

2- افتقار المجموعة إلى بعض المتخصّصين كالصيدلي والفئات المعاونة.

3- تفتقر المجموعة إلى بعض الإمكانيات المادية كالأجهزة الطبية والمواد العلاجية.

4- ضيق الأماكن المخصّصة للكشف والعلاج مما يجعل المرضى يجلسون على الأرض.

5- نقص الأدوية من حيث الكم والكيف.

6- يتعالى أطباء المجموعة الصحية على المرضى، ويتأففون من تعاملهم مع العلاجيين.

7- عدم تحلّي الطبيب بالجانب الاجتماعي لآداب المهنة حيث يغفل في تعامله مع أبناء القرية ثقافتهم وحياتهم الاجتماعية.

8- تتم العلاقة بين الطبيب والمريض في صورة رسمية تخلو من العلاقات الودية أو الإصغاء لشكوى المريض، فهي علاقة من حيث الشكل فقط ودون المضمون المتوقع، الأمر الذي يؤدِّي إلى إعاقة الأداء الفعلي الوظيفي لنسق الخدمة الطبية الرسمية داخل القرية)) [24].

** الدراسة الثانية :

المدخل الأنثربولوجي والتثقيف الصحي. دراسة ميدانية في مجتمع محلي، قامت بها نجوى عبد الحميد سعد الله.

وقد جرت هذه الدراسة في نجع العبابده، وهو واحد من المجتمعات البدوية في محافظة أسوان وبدأت هذه الدراسة في يوليو **1988** حتى **1990** م.

((وتهدف هذه الدراسة إلى محاولة إلقاء الضوء على كيفية القيام بعملية تثقيف السلوك الصحي لإحداث نوع من التنمية الصحية لأعضاء هذا المجتمع من خلال تعميم بعض الدراسات المرتبطة بالنظافة الشخصية، ومحاولة تغيير اتجاهاتهم نحو تفسيرهم لبعض الأمراض بخلق اتجاه عدائي ضد المرضى)) [25].

فمن خلال ملاحظات الباحثة لعادات أهالي النجع تبين لها أن الفرد داخل المجتمع البدوي المنغلق لا يمكنه تشكيل أدنى فكرة حول الثقافة الصحية، والمحافظة على نظافته الشخصية، ولا يمكن استعمال المرحاض الصحي، فهو يعيش مع الحيوانات التي يربِّيها في نفس المسكن، وعلى مقربة منه، بالإضافة إلى أن الفرد داخل هذا المجتمع يقضي حاجته في إي مكان من النجع دون أن يكون هناك مكان مخصَّص لذلك، بالإضافة إلى روث الحيوانات الذي يملأ الساحات العامة والأزقة وكثيراً من البيوت في هذا النجع.

والدراسة كانت تهدف إلى تكوين سلوك ثقافي صحي لأفراد هذا النجع، وحثهم على الاهتمام بنظافتهم الشخصية ونظافة أطفالهم ومنازلهم، واستخدام الوسائل الحديثة للحد من انتشار المرض بينهم، وغسل اليدين والقدمين عند الانتهاء من الأعمال والاهتمام بنظافة الملابس ومكان الإقامة.

وقد اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الأنثربولوجي وأساليبه المتمثلة في المعايشة، والملاحظة، والمقابلة، ودليل العمل الميداني، والصور الملونة، والقصص المصورة، والإخباريين، والطريقة البيولوجية، دراسة الحالة.

وقد توصَّلت هذه الدراسة إلى نتائج قيِّمة وهي:-

1- ((أن هناك علاقة بين زواج الأقارب في الجيلين الثاني والثالث والرابع، وبين ظهور حالات مرضية (تخلف عقلي)(شلل).

2- اعتياد أعضاء المجتمع البالغين من الجنسين، ذكور وإناث قضاء الحاجة خارج المنزل.

3- شيوع تجفيف روث البقر في أكوام أمام المنزل نظراً لضيق المكان من جهة، واستعداداً لنقلها للحقول من جهة أخرى.

4- عدم الفصل بين عالم الإنسان وعالم الحيوان.

5- تناول الطفل لطعام مكشوف أو مختلط بالتراب.

6- تناول الطفل غذاء دسماً (لحم – طعام دسم).

7- كما أظهرت الدراسة أن هناك علاقة بين طبيعة موقع مجتمع الدراسة (نجع العبابدة) بمنأى عن التجمعات العمرانية المجاورة، وما نتج عنها من صعوبة الاتصال بها وبين حرمان المجتمع من الخدمات الأساسية التعليمية والصحية والاجتماعية)) [26].

فكل ما ذكر في نتائج هذه الدراسة يتناسب مع المنهج المستخدم ووسيلة جمع البيانات (الملاحظة) فلولا الملاحظة لا يمكن الحصول على إجابات ذات فائدة علمية يمكن الاعتماد عليها عند التعامل مع مثل هذه المجتمعات المتخلفة، وقد تتعرض النتائج والتوصيات إلى تشويه من قِبل المبحوث أو الباحث نفسه لجهله بالحقيقة.

** الدراسة الثالثة:

مكانة وأدوار الممرِّضين والممرِّضات في النسق الطبي. قام بها – عبد العزيز على الخزاعلة، في المجتمع الأردني.

وتهدف هذه الدراسة إلى :-

1- ((تتبع تطور العمل التمريضي في النسق الطبي الأردني.

2- التعرف على العوامل التي دفعت الممرِّضين والممرِّضات للالتحاق بالعمل الطبي.

3- التعرف على تقييم الممرِّضين والممرِّضات لدرجة أدائهم لبعض الأدوار التمريضية وخصائص هذه الأدوار التي يقومون بها.

4- التعرف على تقييم بعض الممرِّضين والممرِّضات لبعض مزايا مهنة التمريض كالمزايا المادية، والشعور بالأمن والاستقرار، وعلاقتهم مع العاملين في النسق الطبي.

5- التعرف على العوامل التي تعوق الممرِّضين والممرِّضات في أدائهم لأدوارهم التمريضية.

6- التعرف على تقييم الممرضين والممرِّضات لمكانتهم التمريضية، والعوامل المؤثرة في هذه المكانات حسب أهميتها بالنسبة لهم)) [27].

أن هذه الدراسة تهدف إلى التعرف على مكانة وأدوار الممرِّضين والممرِّضات في النسق الطبي والدور الذي يلعبه هؤلاء الممرِّضين مع بعضهم البعض وفي علاقاتهم بالهيئة

الطبية كاملة، وما مدى انعكاس هذا الدور على المريض الذي يتلقى العلاج في هذا المستشفى.

فكما نعلم أن لأي فرد في المجتمع دوراً خاصاً به يؤدّي من خلاله الدور الذي يناط به، ولا يمكن أن يتحدد الدور إلا بوجود من يضفي صفته على من يقوم به ((فدور المعلم لا يتحدد إلا بدور الطالب، ودور الطبيب لا يتحدد إلا بدور المريض، وهكذا هذا النوع من التحديد والتقييم يمثل إحدى صور التكامل داخل النسق الواحد))[28].

بالإضافة إلى ذلك طرح الباحث تساؤلات عدة حول مواقف الحياة اليومية التي تعيق أداء الأدوار بالنسبة للممرضين والممرِّضات، كالعلاقات الودية مع المرضى.

وتعطي هذه الدراسة انطباعاً خاصاً حول الأدوار التي يمكن أن يؤدِّيها الممرِّضين والممرِّضات التي من خلالها تنشأ علاقات رسمية أو اعتيادية ودية يمكن ملاحظتها ويكون لها أثر كبير في معالجة المرضى، بالإضافة إلى وجود تناسق في العمل الوظيفي داخل النسق الطبي.

واتبعت هذه الدراسة إجراءات منهجية محدَّدة للوصول إلى تحقيق الأهداف التي قامت من أجلها، وقد استخدم أسلوب العينة العشوائية حيث كانت مفردات الدراسة الممرِّضين والممرِّضات العاملين في المستشفيات المركزية، وقد تم استخدام الاستمارة كوسيلة لجمع المعلومات والبيانات وتوصَّلت هذه الدراسة إلى نتائج من بينها :-

1- إعطاء الفرصة لطاقم الممرِّضين والممرِّضات في الحصول على معرفة جديدة ومستمرة من خلال إعطاء المحاضرات والندوات، والسماح لهم في تخطيط العمل والرقابة الذاتية واستغلال قدراتهم العقلية والبدنية والعلمية.

2- إن قلة الأجور التي تدفع للممرضين والممرِّضات لا تثير دافعاً قويّاً لإنجاز العمل بشكل جيد، وتعيق قدرتهم على أداء مهنتهم بالشكل المطلوب.

3- المحافظة على الاستقرار النفسي للممرضين والممرِّضات، لابد من وجود حوافز مادية تغنيهم عن أداء مهنة أخرى تؤثر على عملهم بالمستشفيات.

4- شعور الممرِّضين والممرِّضات أن المجتمع لا يقدِّر هذه المهنة، ولا يحصلون على التقدير والاحترام اللازم، ولا يشعرون أنهم أعضاء فاعلون في هذا المجتمع.

** الدراسة الرابعة:

دراسة ميدانية لتنظيم التفاعل والعلاقات في عنبر جراحة رجال بمستشفى، كينجزتون بانجلترا.

(تحاول هذه الدراسة أن تصف وتحلل العلاقات السائدة في عنبر الرجال بمستشفى كينجزتون Kingston بمدينة هل Hull بانجلترا والبحث في عملية التفاعل بين هيئة التمريض والأطبَّاء والتفاعل بين هيئة التمريض والمرضى، بالإضافة إلى العلاقات والتفاعل بين المرضى مع بعضهم بعضاً داخل هذا العنبر.

وقد ركزت هذه الدراسة على جوانب مهمة قد تعيق أو تحدّ من كفاءة مهنة التمريض التي تؤثر بدورها على عملية العلاج كما تهتم هذه الدراسة أيضاً بعملية التنظيم في أداء الأعمال داخل العنبر.

وكغيرها من الدراسات السابقة فإن هذه الدراسة تركز على دور العلاقات في المجتمع الإنساني باعتبارها محدَّدة لعملية الشفاء داخل المستشفى وتعطى القدرة على العطاء الإنساني اللامحدود ((ومن هذه فإن المؤسسات الاجتماعية ينظر إليها على أنها وظائف بناءة في بناء اجتماعي يتكوَّن من أفراد يرتبطون مع بعضهم البعض بمجموعة من العلاقات الاجتماعية المحدَّدة في كل واحد متماسك))[29].

فكل بناء اجتماعي تحكمه علاقات اجتماعية محدَّدة، وهذه العلاقات تنشأ عنها أدوار اجتماعية يمارسها أفراد المجتمع للمحافظة على بقاء النسق واستمرار فاعليته، وقد استخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي، واتبع وسيلة الملاحظة المشاركة لجمع البيانات الخاصة بدراسته، حيث أقام لمدة أسبوعين في هذا المستشفى لملاحظة سلوك المرضى عن كثب.

وقد توصّل إلى نتائج من بينها :-

1- ((اشتراك مرضى العنبر الصغير في بعض السمات والخصائص.
2- العلاقة التي تسود بين مرضى العنبر الملحق أكثر قوة وأقل مللاً.
3- هناك تنظيم في عملية الاتصال بين هيئة التمريض في العنبر.
4- يتم تنفيذ أوامر العلاج بشكل دقيق ومنظم.
5- تنشأ أنماط من العواطف بين من ينتمون لخلفية اجتماعية واحدة))[30].

ومن خلال هذه النتائج التي ذكرت ـ آنفاً ـ نلاحظ أن العلاقات الاجتماعية التي يتقاسمها نزلاء العنبر الواحد أكثر قوة وتماسكاً، لكن بالرغم من ذلك - وليس بالضرورة - أن يكون هذا التماسك في كل السمات والخصائص فهم فقط متماسكون في بعض هذه السمات والخصائص، ومن ناحية أخرى نلاحظ أن العلاقة التي تسود بين العنبر الملحق أكثر قوة وأقل مللاً نظراً لبعد المسافة، وعدم وجود احتكاكات مباشرة ومستمرة، وربما شعور بعض النزلاء بالضجر من مكان إقامتهم ورغبتهم في تغيير الواقع لاسيما إذا كان قد مضى وقت طويل على إقامتهم في المستشفى، وكل هذا نلاحظه في ظل هيئة تمريض منظمة حسب ما أوردت نتائج الدراسة، وتنفذ تعليمات الأطبَّاء في المراقبة والعلاج، وحتى في وجود علاقات اجتماعية سوية بين أفرادها.

وبالرغم من ذلك كله فمازلنا نلاحظ أن الأفراد أو الذين ينتمون إلى خلفية اجتماعية واحدة تجمعهم ألفة معينة بالرغم من الاندماج الحاصل في عنبر المستشفى، وبالرغم من ظروف المرض الذي يعانون منه.

** الدراسة الخامسة:

الأبعاد الاجتماعية للرفض الاجتماعي لمرضى الجذام. دراسة في علم الاجتماع الطبي، قام بها، محمد أحمد بيومي.

وتركز هذه الدراسة على معرفة الأسباب الحقيقة والخلفية البيئية والاجتماعية

التي تؤدِّي إلى الإصابة بمرض الجذام، وتساعد على انتشاره.

هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى تركز هذه الدراسة على معرفة الآثار الناتجة عن الإصابة بمرض الجذام على المريض، وكيف يمكن أن يفقده هذا المرض مركزه الاجتماعي أو عمله أو دوره الأسري، أو التعامل مع الآخرين.

وقد استخدم المنهج الاستطلاعي لدراسة هذا المرض في العيادات الخارجية، نظراً لأن هذه الدراسة لم يتوفر لها القدر الكافي من المعلومات مما يجعلها تقع في نطاق الدراسة الاستطلاعية، ويستعين الباحث في هذه الدراسة بذوي الخبرة بالإضافة إلى أنه قد يلجأ في بعض الأحيان إلى استمارة مقابلة شخصية، وبالرغم من وجود عراقيل جمة فإن الباحث اعتمد بصفة أساسية ورئيسية على استمارة المقابلة كأداة لجمع البيانات.

وعادةً ما يلجأ الباحث في بعض الأحيان إلى مثل هذا النوع من الدراسات وهي الدراسات الاستطلاعية إذا كانت دراسته تمثل نواة جديدة في مجال العلم، أو لتغطية نقص في المراجع والبحوث الخاصة بموضوع الدراسة، وتكون دراسته بعد ذلك النواة الأولى لدراسة لاحقة يمكن الاستفادة منها لاستخلاص فروض يمكن اختبارها فيما بعد، وتلجأ كثير من الدراسات لهذا الأسلوب نظراً لأنه الأنسب والأكثر فاعلية في مجال العلم، وقد توصَّلت هذه الدراسة إلى نتائج حول مرضى الجذام، وهي كالآتي:-

1- ((إن مرض الجذام هو مرض اجتماعي في المحل الأول.

2- إن الطبقات الفقيرة هي الطبقات الأكثر تعرُّضاً للإصابة بالمرض.

3- لم تثبت الدراسة أن مرض الجذام مرتبط بمجموعة أخرى من الأمراض.

4- بينت الدراسة أن مرضى المستعمرات يعانون من عدم وجود الرعاية الصحية والاجتماعية.

5- لم تُبين الدراسة وجود آثار نفسية على المريض)) [31]

كما هو واضح من النتائج التي توصَّلت إليها الدراسة سالفة الذكر فإن هذا المرض ذو صبغة اجتماعية بالدرجة الأولى، فيسبِّب خللاً في العلاقات الاجتماعية بين أفراد المجتمع كونه مرضاً معدياً، ويفقد الشخص القدرة على العمل، وعلى التواصل الاجتماعي.

هذا بالإضافة إلى أن الطبقات الفقيرة هم أكثر الطبقات تعرَّضاً للمرض، والسبب في ذلك هو نقص الرعاية الطبية اللازمة.

** الدراسة السادسة:

تحليل الجانب السوسيولوجي لمشكلة العلاج داخل البناءات والمؤسسات التنظيمية والعلاجية. قام بها: عبد الله محمد عبد الرحمن.

وأقيمت هذه الدراسة بمستشفى الشاطئ للولادة ومستشفى الأطفال بالإسكندرية لإجراء الجانب الميداني للدراسة.

(وتركز الدراسة على بعض القضايا والمشكلات العامة التي تواجه المستشفى كتنظيم، ومدى انعكاس هذه القضايا كمعوِّقات لتحقيق الكفاءة والفاعلية للنواحي العلاجية، ومن أهم هذه القضايا التي تعتبر بمثابة الأفكار الموجَّهة للبحث من ناحية، والفروض التصورية التي تسعى الدراسة إلى التحقيق منها، وتحليلها على مستوى البعدين النظري والامبريقي، ومن هذه الفروض : دور الملامح العامة للمستشفى كتنظيم اجتماعي وأهداف هذا التنظيم والدور الذي يلعبه في المجتمع.

بالإضافة إلى العلاقة بين المستشفى كنسق مفتوح وبين البيئة الخارجية التي توجد فيها، ومظاهر العلاقة بين المريض وأعضاء تنظيم المستشفى.

كما أن هناك عملية لتحديد العلاقة بين المريض والمستشفى من ناحية ووضعه الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، بل يصل الأمر إلى حالته المرضية أيضاً.

واستخدم المنهج الوصفي للدراسة، واستخدمت استمارة استبيان أو استمارة بحث

خاصة بعينة المرضى، واحتوت هذه الاستمارة على 37 سؤالاً، وتم استخدام دليل المقابلة مع عينة العاملين في كافة التخصُّصات بالمستشفى.

وقد توصَّلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:-

1- لإزالة دراسة مشكلة الكفاءة والفاعلية للخدمات العلاجية من أهم المشكلات التي لم تجد تحديداً قاطعاً من قبل المهتمين ليس فقط بالمشكلة الصحية والعلاجية وقطاع المؤسسات والمستشفيات والمؤسسات العلاجية، ولكن العلوم الاجتماعية والطبية بصفة عامة.

2- تعكس طبيعة البناء التنظيمي الداخلي للمستشفى والمعوِّقات المتعدِّدة عن مشكلة كفاءة الخدمة العلاجية.

3- تتأثر مستويات الكفاءة الفاعلية بمشكلة التعدد في السلطة.

4- لقد ارتبطت مظاهر عدم الكفاءة والفاعلية والعلاجية بمشكلة قلة الإمكانات المادية والاقتصادية والتكنولوجية والطبية.

5- تعتبر مشكلة الزيادة في كثافة المرضى داخل المستشفى، وخاصة مستشفى الأطفال من أهم المعوقات التي تؤثر على أنساق الخدمة العلاجية.

6- إن نقص عدد أعضاء هيئة التمريض أصبح من المشكلات العلاجية والصحية التي تؤثر على تنفيذ السياسات العلاجية السليمة داخل المستشفيات.

7- تتأثر مستويات الخدمة العلاجية ودرجة كفاءتها وفاعليتها أيضاً بمشكلة عدم توفر الدواء الملائم في المستشفى)) [32].

ولعل دراسة التنظيمات الاجتماعية من أهم الدراسات التي حظيت باهتمام لدى علماء الاجتماع لكونها مجتمع التفاعل الحقيقي بين مختلف الشرائح في المجتمع.

فالمستشفى كأحد هذه التنظيمات يعج بشبكة من العلاقات الاجتماعية بين عدد

كبير من أفراده سواءً الهيئة الطبية في علاقتها مع بعضها البعض أم في علاقة الهيئة بالمرضى أو علاقة المرضى مع بعضهم بعضاً، وعند حدوث هذا التفاعل لابد من وجود ردود أفعال تشكل نواة للبحث في مجال العلاقات الإنسانية، وكما هو موضح في نتائج هذه الدراسة التي استخدم فيها الباحث المنهج الوصفي، أن زيادة المرضى المترددين على المستشفى بشكل يفوق قدرته الاستيعابية تجعل الهيئة الطبية والخدمات والمرافق العلاجية لا تقوم بدورها الصحيح، وتصبح العلاقات داخل هذه المؤسسة العلاجية من أسوأ ما يكون، وتنعكس سلباً على المريض.

بالإضافة إلى تعدُّد مصادر السلطة وقنواتها في المؤسسة العلاجية يؤدِّي إلى إرباك في سير العمل، ويعرقل حركة الأنساق العاملة مما يجعلها لا تؤدِّي دورها بفاعلية، كما أن مشكلة عدم توفر الأدوية تعد من المشكلات التي لا يزال يعاني منها قطاع كبير من المؤسَّسات العلاجية.

** الدراسة السابعة:

العلاقات الإنسانية في المستشفى. كارترايت **Cartwright 1994**

(ركزت هذه الدراسة على إبراز التفاعل كما يظهر بين الطبيب والمريض في موقف الممارسة الطبية كأساس لدراسة البناء الاجتماعي في المستشفى.

كما أجريت دراسات على مجموعة مستشفيات بولاية بوسطن الأمريكية في عام**1973** وقد تناولت المستشفيات كمنظمات متعددة الأهداف، حيث أشار الباحثون إلى مدى الاختلاف في الحجم بين هذه المنظمات (المستشفيات) كما اهتموا بعرض المسؤوليات التي يقوم بها مجلس الإدارة في كل مستشفى، مع الإشارة إلى ذلك التنظيم الرسمي الذي يحوي بداخله كلاً من أعضاء الهيئة الطبية والإدارية، كما ركزت بعض هذه الدراسات على أعضاء الهيئة الطبية ومدى مساهمتهم في تخفيف الأعباء المرضية على المرضى)) [33].

إن كلاً من هاتين الدراستين لم يذكر الكاتب المنهج المستخدم فيها، ولم تكن العينة واضحة، وكذلك الأهداف والنتائج، إلا أنه من خلال التحليل العلمي للدراسة تبين أنها تركز على التفاعل بين الطبيب والمريض ودور الطبيب والمريض، وكيف يمكن أن تؤثر العوامل الاجتماعية والثقافية في الإصابة أو الشفاء من بعض الأمراض.

وتعتبر هذه الدراسة ذات علاقة مباشرة بموضوع البحث المطروح بالرغم من اختلاف وجهات النظر، وتتفق معها في طريقة الوصول إلى الأهداف المشتركة.

أما الدراسة الثانية التي أجريت في ولاية بوسطن فقد ركزت على الدور الاجتماعي للمستشفيات، وبالإضافة إلى دور مجلس الإدارة واستيعاب الطاقم الطبي لمشكلات المرضى أو مشكلات الإدارة وتأثيره على المرضى سلباً، وعدم توفر وسائل العلاج والمعدات الطبية اللازمة، وربما يكون أنسب منهج لدراسة العلاقات بين الأطبَّاء والمرضى هو منهج دراسة الحالة.

إن هذه الدراسات تتطابق كثيراً من حيث الأهداف والمنهج مع الدراسة الحالية، فهي تمس موضوع الدراسة بشكل مباشر، وتسعى إلى الوصول إلى نفس النتائج، فكل ما يدور داخل النسق الطبي من شأنه أن يؤثر على الوضع الصحي للمريض والطبيب معاً، بل أن الخلل في العملية الإدارية للمرفق الطبي تسبب الإرباك للطبيب، وينعكس بالتالي على المريض.

وبالرغم من أن المنهج المستخدم في الدراسات السابقة الذكر هو منهج دراسة الحالة، إلا أنه في هذه الدراسة تم استخدام المنهج الوصف، وذلك لاختلاف عينة الدراسة، بالرغم من توحد الأهداف تقريباً.

** الدراسة الثامنة:

دراسة بيئية على صحة الشعب الياباني. أجرى الدراسة ياما موتو و أ.س.روجرز، بمدرسة الصحة العامة بجامعة كاليفورنيا، وتهدف هذه الدراسة إلى المقارنة بين العوامل البيئية المختلفة التي تؤثر على صحة الشعب في الولايات المتحدة واليابان، ولعل

هذه الدراسة أقرب ما تكون إلى هذه الأطروحة، فهي تبحث في الأسباب البيئية التي تؤدّي أو تساعد على حدوث الأمراض، وهذه الدراسة تبث في الأسباب الاجتماعية والثقافية الناتجة عن البيئة التي يعيش فيها الإنسان، ويمكننا القول إن للبيئية أثراً كبيراً في الإصابة بالمرض أو هي إحدى العوامل المساعدة على الإصابة بالمرض، فمثلاً البيئة الصناعية داخل المؤسسات الكبرى مثل مصنع الحديد والصلب ومصانع الأسمنت والبتروكيماويات كلها بيئات تخلف أمراضاً على ممتهنيها حتى مهنة التدريس قد تخلّف أمراضاً تصيب المدرسين بسبب استعمالهم للطباشير الذي يحتوي على مادة الجير التي تسبب الربو وحساسية الجلد وهذه الأنواع من الأمراض يطلق عليها أمراض المهنة بمعنى أن لكل مهنة نوعاً خاصاً من المرض يصيب من يعمل فيها، بغض النظر عن تأثر الشخص بالمرض بشكل سلبي أو غير مؤثر ألا بنسبة المرض لمريض.

ومما سبق يمكن القول إن البيئة قد تكون سبب مساعدة في حدوث المرض أو الإصابة به بطريقة مباشرة، وفي هذه الأطروحة نناقش إدراك الطبيب للعوامل الاجتماعية والثقافية في إصابة وعلاج بعض الأمراض التي قد تؤثر على الفرد بشكل سلبي دون أن يعلم الطبيب الخلفية الحقيقية التي تسبَّبت في ظهور هذا المرض، مما يجعل الطبيب يعزى ذلك إلى أسباب طبية وبيولوجية.

وفي هذه الدراسة التي قام بها ياما موتو وزميله روجرز (تم جمع إحصائيات ميدانية تشمل **31** مؤشِّراً صحياً و **15** مؤشراً بيئيّاً في الأعوام **1960**، **1965**، **1970**، وشملت المؤشرات الصحية توقعات الحياة عند الولادة وطول ووزن الأطفال والمعدات القياسية للوفيات.

وقد قام المؤلفان بتجربة البروتين الحيواني وقد تم تقدير السعرات الحرارية في الأطعمة التي تباع في الأسواق وخلصوا إلى نتيجة مؤداها.

وجود بعض العلاقات غير المستقرة في المتغيِّرات المترابطة المتعلقة بالصحة والبيئة على مدى السنوات الثلاث التي أخذها فقد اتجه المؤلفان إلى تحليل بيانات مأخوذة في

السنوات 1959، 1961، 1964، 1966، 1969، 1971

وباستخدام وسائل المقارنة لاحظ الباحثان وجود عوامل كثيرة أثرت بشكل كبير وملحوظ.(مساعداً أو معاكساً) على كل من المؤشرات الصحية أو البيئة مثل توقعات الحياة، وكذلك المؤشرات التي لها طبيعة خاصة محدَّدة مثل الوفيات الناتجة عن أمراض الأوعية الدموية للمخ)) (34).

ومن الملاحظ أن هذه الدراسة استخدمت منهج المقارنة لمعرفة الخصائص العامة للأغذية في السنوات السابقة الذكر، كذلك بالفترة التي أجريت فيها الدراسة في تلك الفترة، كذلك نوعية الأغذية والسعرات الحرارية في الأغذية الموجودة في السوق، وقد اعتبر الباحث أن منهج المقارنة من أفضل المناهج التي يمكن استخدامها في مثل هذه الدراسات نظراً لكونه الأنسب لمعرفة الفرق في نوعية الأغذية في سنوات متفاوتة.

** الدراسة التاسعة :

المرضى ولجوؤهم للرعاية الصحية : موقف الناس من الانتفاع بالخدمة الطبية والصحية في إيران، تأليف مانوشهر محسني، ترجمة عمر مكاوي.

المنهج المتبع في هذه الدراسة هو المنهج المقارنة لأن الدراسة مقامة أساساً للمقارنة بين الريفيين والحضريين من حيث لجوؤهم لطلب الخدمة الطبية في المناطق الريفية والحضرية، وقد رتبت العيِّنات الحضرية والريفية على حسب حجم المجتمعات.

وكانت خصائص هذه العينة من اسر الحضريين بإجمالي بلغ 1085 أسرة، و1871 أسرة من الريفيين اختيرت بطريقة عشوائية.

كذلك فإن هذه الدراسة أساسها منهج المقارنة لأنها تحلّل مجتمعين أحدهما ريفي والآخر حضري.

ومن أهم النتائج التي توصَّلت لها هذه الدراسة:-

(إن هناك دليلاً قويّاً يؤكد وجود علاقة بين المواقف غير التقليدية من الطب والاتصال بطريقة حضرية في الحياة، وللتعليم تأثير مباشر على مواقف الناس من الطب العصري.

والمشكلة الثانية... هي أن الإنسان ينبغي أن يأخذ المبادرة في يده للتفريق بين العادات الصحية الحميدة، والعادات غير الصحية التي تسبِّب له الإصابة بالمرض، فكثيراً من الريفيين لا يعون العادات الصحية التي تمنع عنهم الإصابة بالمرض أو تقلل من خطر الإصابة به، وهذه في حد ذاتها مشكلة لا تظهر في المجتمع الحضري لوجود الوعي الصحي والاجتماعي والبيئي.

ولا ينبغي أن تفرض التغيرات في العادات الصحية فرضاً من قِبل السلطات حتى وإن كانت في صالح المجتمع)[35]

** الدراسة العاشرة :

توضح العلاقة بين الطبقة والمرضى ونوعية التفاعل الاجتماعي في المؤسسات العلاجية. قامت بها، ماجدة السيد حافظ.

أقيمت هذه الدراسة في مستشفى الصدر بالعباسية ومستشفى الصدر بالمرج، وتهدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى تأثير الوضع الاقتصادي والاجتماعي على تعامل الهيئة الطبية مع المريض المتردد على المستشفى لتلقي العلاج، وإذا لم يكن هناك إي تفرقة في المعاملة فهل يحظى جميع المرضى بنفس أسلوب المعاملة وفق الإيديولوجية السائدة.

ولتحقيق هذا الهدف والوصول إلى النتائج المرجوَّة تطرح الدراسة عدد من التساؤلات تسعى للحصول عن إجابات واضحة وصريحة عنها وهي:-

1- ((ما هي العلاقة بين القدرة المالية للمرضى ونوعية التفاعل الاجتماعي بينهم وبين المؤسسة العلاجية.

2- ما هي العلاقة بين نوعية التفاعل الاجتماعي بين المرضى والمؤسسة العلاجية وبين بعض المشكلات الأسرية ؟ وما هي الطبقات التي تنتشر بينهم بعض المشكلات الأسرية؟

3- ما هي العلاقة بين نوعية التفاعل الاجتماعي وبين المرضى والمؤسسات العلاجية وبين مشكلة ارتفاع نسبة الوفيات ؟ وما هي الطبقات التي تنتشر بينها مشكلة ارتفاع نسبة الوفيات ؟)) [36].

الدراسة تحاول الإجابة عن هذه التساؤلات السالفة الذكر، ومعرفة فيما إذا كان التفاعل الاجتماعي في المستشفى له علاقة ببعض المشكلات الأسرية، وكذلك معرفة نوع الأسرة التي تنتشر فيها هذه المشكلات، بالإضافة إلى علاقة نوع التفاعل الاجتماعي، وارتفاع نسبة الوفيات وعلاقة الطبقات بارتفاع نسبة الوفيات.

ومن خلال هذا الطرح تبين لنا أن الدراسة تبحث في أعمق الأسباب التي تؤثر في نوعية التفاعل الاجتماعي بين الجماعات البشرية، والتي تحرص أن تكون سبباً في العلاج من عدمه في المستشفى، وقد تكون سبباً في ارتفاع نسبة الوفيات، فنوعية العلاقة في كثير من الأحيان تتحدد بالوضع الاجتماعي أو الاقتصادي أو الوضع الثقافي ناهيك عن تبادل المصالح والسلطة المؤقتة.

وفي الحقيقة ركزت هذه الدراسة على المرضى المصابين بالدرن، ووضعت مقارنة بين عدد المصابين بالمرض، ونسبة الوفيات مقارنةً بإجمالي السكان أما فيما يخص الإجراءات المنهجية لهذه الدراسة، فكانت كالآتي:-

لقد استعانت الدراسة بعدد من الأساليب المنهجية التي لها علاقة بموضوع الدراسة، أو من الممكن أن تعطي نتائج يمكن الوثوق بها، وتتمثل هذه الأساليب في الأسلوب الوصفي المقارنة بين مجموعة الدراسة (مستشفى صدر العباسية – ومستشفى صدر المرج القاهرة).

بمعنى أن الدراسة استخدمت أسلوب المسح الاجتماعي لوصف الظاهرة في وضعها الراهن، واتبع أسلوب المسح بطريقة العينة.

وبالإضافة إلى أسلوب المسح عن طريقة العينة استخدمت الدراسة أسلوباً آخر، وهو الأسلوب الإحصائي التاريخي، ويتمثل الأسلوب التاريخي بتتبع الظاهرة عبر فترات زمنية معينة، وذلك لمقارنتها بالوضع الراهن ساعة إقامة الدراسة. وقد تم التركيز على ظاهرة ارتفاع نسبة الوفيات في مرضى الدرن كمشكلة اجتماعية.

وقد تم جمع بيانات هذه الدراسة عن طريق التحليل الإحصائي واستمارة المقابلة والملاحظة ودراسة الحالة.

وكانت وحدة المعاينة التي تهتم بها الدراسة هي مريض الدرن، وقد تم تحديد قوائم المرضى المصابين بهذا الداء في كلٍّ من مستشفى صدر العباسية ومستشفى صدر المرج، وكان ذلك بحصر أسماء المرضى من سجلات المستشفى، وقد تم تحديد حجم العينة بنسبة **30**٪ وتم اختيار العينة بطريقة منتظمة.

وقد توصّلت هذه الدراسة إلى جملة من النتائج وهي :-

1- (تنحصر المستويات الاقتصادية في كلتا العينتين بين المستوى المتوسط والمنخفض.

2- تنحصر الحالة المعنية بالدراسة بين البائعين المتجولين وعمال الحكومة والقطاع العام والحرفيين، بمعنى أن المهنة مرتبطة بالمرضى، فكل هؤلاء عرضة للأتربة والمواد الكيمائية.

3- تنحصر منطقة السكن لأفراد العينة في الأحياء المختلفة وهذا يعني أن هناك علاقة بين السكن والإصابة بالمرض.

4- إن التكدس في حجرة واحدة يكون سبباً في انتشار المرض.

5- إن سبب المرض المباشر هو سوء التغذية.

6- تتحصر فئات السن المصابة بهذا المرض بين (30- 35) سنة.

7- إن هناك علاقة بين القدرة المالية وبين اهتمام المستشفى بالمريض.

8- هناك علاقة بين ارتفاع القدرة المالية للمريض وحضور الطبيب.

9- هناك علاقة واضحة بين حضور الممرِّضة وبين القدرة المالية للمرضى.

10- كلما ارتفعت القدرة المالية للمريض قدِّم له الدواء المناسب.

11- ليس هناك علاقة دالة بين نوعي التفاعل الاجتماعي وبعض المشكلات الاقتصادية للأسرة.

12- إن هناك علاقة دالة بين التفاعل الاجتماعي وارتفاع نسبة الوفيات في مرض الدرن.

13- يختلف عدد الوفيات من مرضى الدرن في كل من المستشفيين بسبب نوعي التفاعل الاجتماعي والتغذية والأدوية والأخصائي الاجتماعي) [37].

ومن خلال ما سبق يتَّضح لنا أن هذه الدراسة أجريت في المجتمع المصري على مرضى الدرن في كلٍّ من مستشفى صدر العباسية ومستشفى صدر المرج، وكانت النتائج المقارنة بين هذين المركزين الصحيين مختلفة في بعض أوجه التفاعل الاجتماعي في نوعية التغذية واستجابة الطبيب، بالرغم من أن معظم المرضى لا يتعدَّى وضعه الاقتصادي المتوسط.

ومع ذلك فإن المنهج المتبع في الدراسة كان مناسباً من حيث دراسة الحالة ومقارنة الحالات والملاحظة العامة، كي تعطي انطباعاً جيداً عن الأسلوب المنهجي المستخدم، ومحاولة الباحثة تفادي الوقوع في أي خطأ منهجي، وبالرغم من ذلك فإن الدراسة الوصفية هي دراسة للوضع الراهن، ولا يمكن التكهُّن بتحسُّن مستوى الخدمات الصحية، وما يمكن أن يحدثه من تغير في أسلوب التفاعل الاجتماعي أو العلاقات بين الأطبَّاء والممرِّضات والمريض.

أضف إلى ذلك أن الدراسة أجريت في المجتمع المصري الذي لا يعترف إلا برؤوس الأموال والرأسمالية التي تطغى على أسلوب التعامل اليومي، ومن يملك المال يصبح صاحب السلطة، وتنفذ جميع رغباته ويُبدي الكل به اهتماماً خاصّاً، أما الطبقة الأخرى المحرومة فلا تكاد تحصل على الحد الأدنى من الرعاية والاهتمام والعلاج الفعال.

مقارنة بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة :

تبحث الدراسة الحالية في إدراك الطبيب للعوامل الاجتماعية والثقافية في الإصابة ببعض الأمراض وعلاجها، وهذا هو جوهر هذه الدراسة، إلا أن طبيعة هذا الإدراك تتّضح معانيها في جوهر العلاقة بين الطبيب والمريض، بمعنى أن إدراك الطبيب لأهمية العلاقة بينه وبين المريض، هو بمثابة إدراك لدور العوامل الثقافية والاجتماعية وأثرها في الإصابة بالمرض والعلاج منه.

إن الدراسة الحالية تركز على إدراك الطبيب لدوره المنوط به، وهل يتقن هذا الدور ويجسّده من خلال العلاقات الاجتماعية، ويشعر بمسؤولياته الاجتماعية تجاه مرضاه، وهنا يقع الفرق بين هذه الدراسة والدراسات السابقة حيث تركز معظم الدراسات السابقة على بعض الخدمات الطبية التي تقدَّم للمرضى في بعض المجتمعات المحلية، أو تركز على التثقيف الصحي أو مكانة وأدوار الممرِّضين والممرِّضات في النسق الطبي، وتهمل الجانب الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية بين الطبيب والمرضى، وحتى الدراسات التي ركّزت على موضوع العلاقات الاجتماعية، كان اهتمامها منصبّاً على العلاقات بين المرضى في العنبر الواحد، كالدراسة الميدانية التي أقيمت في عنبر الرجال لتنظيم التفاعل الاجتماعي بمستشفى كنجزتون بانجلترا.

ومن هذا المنطلق يتّضح أن هذه الدراسة تنفرد بدراسة إدراك الطبيب لدور العوامل الاجتماعية والثقافية في إصابة وعلاج بعض الأمراض، حيث تركز على العلاقات الاجتماعية وعلى إدراك الطبيب لمسببات المرض الاجتماعية.

تساؤلات الدراسة :

1- العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض تجعل المريض يفصح للطبيب عن كل ما يسبب له المرض ؟

2- هل للاتصال المباشر بين الطبيب والمريض علاقة بتقبل المريض تعليمات الطبيب؟

3- إذا كانت علاقة الطبيب بالمريض جيدة تؤدِّي إلى طرح المشكلات الشخصية للمريض على الطبيب وطلب المساعدة منه ؟

4- هل التفاعل بين الطبيب والمريض يؤدِّي إلى سرعة تماثل المريض للشفاء ؟

خاتمة :

ومما سبق ذكره من دراسات سابقة يتَّضح لنا أن الدراسات التي أجريت على المرضى أو الأطبَّاء أو الممرِّضين هي في الحقيقة عبارة عن دراسات وصفية تصف الوضع الراهن للظاهرة موضوع الدراسة، ولم تكن تتعمَّق بشكل كبير في الدراسات التي استخدمت منهج دراسة الحالة، وهذا يجرنا للقول إن علم الاجتماع الطبي أو الدراسات الطبية هي دراسات حديثة العهد، وهي تفتقر إلى التحليل المعمَّق لموضوع الظاهر بالرغم من كون عدد من المفكرين حاولوا جاهدين تفسير التفاعل الاجتماعي وأنماط السلوك البشرى أمثال تالكوت بارسونز **Talcott parsons** بالرغم من أن العلوم الإنسانية علوم نسبية إلى حد كبير إلا أنه قد سلَّط الضوء على فكرة الفعل الاجتماعي، ويبدو ذلك واضحاً في أول مؤلفاته الهامة (بناء الفعل الاجتماعي) **(1973) The Structure Of Social Action** وكانت هذه خطوة هامة يمكن الاستفادة منها في تحليل السلوك الاجتماعي، ونوعية التفاعل بين الأفراد في المؤسَّسات الطبية.

وبالرغم من أن معظم الدراسات جاءت في مراجع عربية مبتورة من حيث المنهج أو

العينة أو مجال الدراسة أو غير ذلك من التقنيات المنهجية، إلا أنه يمكن تحليلها من خلال الإطار النظري لها والنتائج التي توصّلت إليها.

وكانت الدراسات سابقة الذكر تتميز بكونها قد أجريت في مجتمعات عديدة مختلفة في أنماط السلوك والثقافات والبيئة الاجتماعية والاقتصادية وهذا يعطي انطباعاً عن التنوُّع الفكري الغزير في الدراسات السابقة مما يثري هذه الدراسة من خلال الاستفادة من هذه الدراسات المختلفة.

وقد استخدمت كل دراسة من هذه الدراسات منهجاً خاصّاً بها يتلاءم وطبيعتها.

وتعتبر هذه الدراسات في مجملها شبيهة بالدراسة الحالية من حيث إنها تبحث في إدراك الطبيب لدور العوامل الاجتماعية والثقافية في إصابة وعلاج بعض الأمراض وأثر العلاقات الاجتماعية في تحقيق الصحة والشفاء من المرض أو على الأقل التخفيف من وطأته، أو العكس من ذلك إذا ساءت العلاقة بين الأطبّاء والمرضى.

ومن ناحية أخرى فإن المنهج الذي سيستخدم في الدراسة الحالية هو المنهج الوصفي الذي ستطرح من خلاله التساؤلات المراد البحث عن إجابات لها.

هوامش الفصل الأول

1- إبراهيم عبد الهادي المليجي، الرعاية الطبية والتأهيل من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، بدون سنة نشر، ص 390- 391.

2- إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1991، ص 129.

3- أميرة منصور يوسف، المدخل الاجتماعي للمجلات الصحية والطبية والنفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1997، ص 29.

4- نادية عمر، العلاقة بين الأطبّاء والمرضى دراسة في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1993، ص 179.

5- محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، بدون سنة نشر، ص 437.

6- إحسان محمد الحسن، موسوعة علم الاجتماع، الدار العربية للموسوعات، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان، 1999، ص 405.

7- نجاح قدور، أسس علم الاجتماع، دار النخلة للنشر، تاجوراء، الجماهيرية العظمى، 1999، ص 155.

8- فهمي سليم الغزوي، المدخل إلى علم الاجتماع، دار الشرق، عمان، 1997، ص 262

9- سميح أبومغلي، عبد الحافظ سلامة، علم النفس الاجتماعي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2002، ص 127.

10- ميشيل مان، موسوعة العلوم الاجتماعية، ترجمة عدل مختار الهواري، سعد عبد العزيز مصلوح، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999، ص 612.

11. هناء حافظ بدوي، الاتصال بين النظرية والتطبيق، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2003، ص 15.

12. محمد سلامة غباري، السيد عبد الحميد عطية، الاتصال ووسائله بين النظرية والتطبيق، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1991، ص 8

13. عبد العزيز شرف، نماذج الاتصال في الفنون والإعلام والتعليم وإدارة الأعمال، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة، 2003، ص 7.

14. محمد يسري دعبس، الاتصال والسلوك الإنساني، البيطاش سنتر للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 1999، ص 43.

15. حسان محمد الحسن، مرجع سابق، ص 409.

16. علي الهادي الحوات وآخرون، دراسات في المشكلات الاجتماعية، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، طرابلس، الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية العظمى، 1985، ص 21.

17. نفس المصدر، ص 410،

18. عبد الله محمد عبد الرحمن، علم الاجتماع النشأة والتطور، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص 170.

19. محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، بدون سنة نشر، ص 110.

20 . فهمي سليم الغزوي وآخرون، مرجع سابق، ص 178.

21- مصطفي غالب، في سبيل موسوعة نفسية، منشورات دار ومكتبة الهلال، بيروت، 1978، ص 57.

22- سعاد عثمان وآخرون، الصحة والمرض من وجهة نظر علماء الاجتماع والانثربولوجيا، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، الطبعة الأولى، 1999، ص 117.

23- محجوب عطيّة الفائدي، مبادئ علم الاجتماع والمجتمع الريفي، جامعة عمر المختار، البيضاء، الطبعة الأولى، ص 210.

24- سعاد عثمان وآخرون، مرجع سابق، ص 123 – 173.

25- نفس المرجع، ص 246.

26- نفس المرجع، ص 259- 265.

27- عبد العزيز علي الخزاعلة، مكانة وادوار الممرِّضين والممرِّضات في النسق الطبي، www.uqu.sa، ص 10.

28- فهمي سليم الغزوي وآخرون، مرجع سابق، ص 262.

29- زينب زهري، صالح الزين، دراسات في علم الاجتماع والانثربولوجيا، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، الطبعة الأولى، 1990، ص 138.

30- نبيل صبحي حنا، الطب والمجتمع مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1987، ص 305-308.

31- محمد احمد بيومي، الأبعاد الاجتماعية للرفض الاجتماعي لمرض الجذام، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1985، ص 158.

32- عبد الله محمد عبد الله، سوسيولوجيا المستشفى، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية،

1988، ص 189- 316.

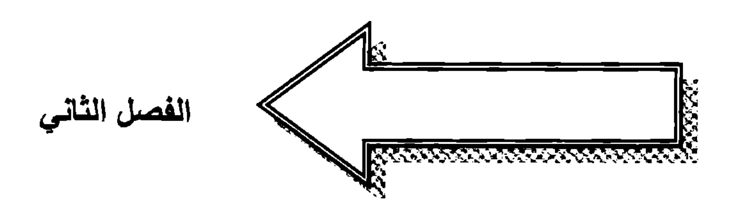
33- نادية فؤاد حميدو، البناء الاجتماعي للمستشفى، رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة الإسكندرية، 1988، ص 42.

34- ميكو ياما موتو وآخرون، تحليل بيئي للصحة العامة في اليابان، ترجمة جميل على حمدي، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، العدد الثاني والثلاثون، السنة الثامنة، 1978، ص 94- 101.

35- مانوشهر محسني، المرضى ولجوئهم للرعاية الصحية في إيران، ترجمة عمر المكاوي، نفس المصدر السابق، ص 102- 108.

36- ماجدة السيد حافظ، محاضرات في علم الاجتماع الطبي، مكتبة الحرية الحديثة، جامعة عين شمس، بدون سنة نشر، ص 241.

37- نفس المرجع، ص 272- 285.



الإطار الاجتماعي للصحة والمرض

- تقديم
- مفهوم المرض
- العوامل التي تحدد معنى المرض
- مفهوم الصحة
- مفهوم الصحة العامة
- الأمراض ذات الصبغة الاجتماعية
- الصحة والمرض من الجانب الاجتماعي
- تأثير العادات والتقاليد على الصحة والمرض
- العوامل الثقافية وأثرها على الصحة ومرض الإنسان
- التثقيف الصحي
- خاتمة الفصل

تقديم

يدور معظم الحديث في هذا الفصل حول الإطار الاجتماعي للصحة والمرض، أن الصحة والمرض مفهومان متداولان بين الناس بغض النظر عن أنماط تفكيرهم ومستوياتهم وسلوكهم اليومي، وبالرغم من ذلك فالتقسيم الحقيقي للصحة والمرض رهناً ببيئة الإنسان وثقافته.

فمفهوم المرض يختلف من شخص لآخر، فالمتعلم يمكن أن يُعرِّف المرض بطريقة مختلفة عن تعريف الرجل العادي، بالرغم من أن اختلاف التعريفات لا يغير حقيقة المرض ولا ينفي وجوده، ولذلك فالإنسان البسيط أو حتى المريض ينظر للمرض نظرة خاصة أي نظرته هو الشخصية ويضع لهذا المفهوم تصوُّراً معيَّناً في مخيلته، ويجب أن يكون التعامل معه على أساس ما وضع من تصوُّر، بمعنى آخر إن الإنسان المريض الذي هو في بيئة بسيطة يتعرَّض للمرض كغيره من الناس، إلا أن ما يجعل هذا الفرد مختلفاً عن بقية الأفراد الآخرين أنه يتوقَّع دوراً معيَّناً للطبيب المعالج، وكذلك يتوقع رد فعل معين من أسرته وأقاربه ومجتمعه، ونظرة خاصة لموضوع مرضه وطرق علاجه.

إن للمرض مفاهيم مختلفة، وكذلك للصحة، وقد تتفق أو تختلف إلا أنه في نهاية الأمر، يتحول المرض إلى نوع من العجز المؤقت عن أداء المهمات، ومعه يختلف دور الفرد في المجتمع وهذا يدعوه بالتالي إلى تغيير توقعاته حول الدور الجديد.

إلا أن الدور الجديد للمريض لا يتغير بصفة تلقائية من فرد صحيح الجسم إلى آخر معتل، وربما لو توقَّف الأمر عند هذا الحد لما كانت هناك مشكلة لبحث هذا الموضع.

إلا أن هذا الدور الجديد يتطلب نوعاً من الوعي والإدراك العميق من الطبيب، ويعرف الطبيب ـ تمام المعرفة ـ أن هذا المريض قد خرج من مرحلة متقدمة وواعية تماماً لما يدور من حوله - ليس في كل الأحوال - إلى مرحلة أخرى جديدة جعلت المفاهيم الاجتماعية للصحة والمرض تختلف عند هذا المريض عن المفاهيم الاجتماعية للصحة والمرض عند غيره.

ولا يحدث هذا عند كل الحالات المرضية، فإدراك الطبيب لهذا التغير النسبي والمؤقت غالباً يجعل موضع التعامل مع هذه الحالات أمراً في غاية السهولة، ولا خوف منها مادام الأمر يتعلق بالوعي الاجتماعي والثقافي للطبيب.

وبالرغم من ذلك فإن تعامل الإنسان العادي مع المريض يختلف، وبشكل كبير مع التعامل الطبيب مع هذا المريض، وكذلك المريض في حد ذاته يختلف في سلوكه وأنماط تفكيره، وتوقعات الدور عنده، والمكانة الاجتماعية تبعاً لنوع مرضه، والبيئة المحيطة به في المؤسسة العلاجية وداخل نطاق الأسرة.

إن دراسة المرض كنوع من محدِّدات السلوك عند الشخصية المريضة وعند الشخصية المعالجة (الطبيب) لا تعني فقط التشخيص والعلاج الآلي للإصابة الواضحة للعيان، وإذا اقتصر الأمر على هذا الحد فلا أقل من أن نجد مرضى يعانون حتى الموت دون معرفة الأسباب الحقيقية لهذا المرض.

إن وجود الطبيب الواعي اجتماعياً والمثقف حقاً، لا يدع مجالاً لانتشار أمراض من السهل علاجها والسيطرة عليها إذا ما أحسن التشخيص الطبي، وأبدى تفهُّماً لحالة المريض الاجتماعية والنفسية والاقتصادية، فكلها عوامل تتدخل في العلاج بصورة مباشرة، وتؤثر فيه إلى جانب العقاقير الطبية.

مفهوم المرض :

إن المرض نغصة الحياة وكدرها، وهو عائق إمام صحة وطبيعة الإنسان، ويختلف مفهوم المرض باختلاف الأفراد وباختلاف الثقافات والشعوب، إلا أن منظمة الصحة العالمية لم تعرِّف مفهوم المرض تعريفاً دقيقاً، كما عرَّفَ مفهوم الصحة وذلك لاعتبارات سالفة الذكر.

ولعل شعور الإنسان بالمرض هو أحد الأسباب التي تجعل تعريف المرض أمراً صعباً للغاية، فلا يمكن أن نضع تعريفاً دقيقاً للمرض ما لم تحدِّد الطبيعة التي يمكن أن نطلق عليها مرضاً إذا ما أصيب بها الإنسان.

إلا إنه يمكن أن نعرف المرض تعريفاً مبدئياً. وهو ذلك الألم الذي يسبب الاعتلال في الصحة وخلل في وظائف الأجهزة عند الإنسان مما يستدعي معالجته طبياً.

((ويعرف قاموس ويستر الدولي المرض باعتباره حالة أن يكون الإنسان معتل الصحة وأن يكون الجسم في حالة توعك بسبب المرض والمعني الحرفي لكلمة المرض هو الاحتياج لراحة)) [1].

وبالرغم من أن التعريف السابق يوضح المرض باعتباره حالة مرضية يحتاج فيها جسم الإنسان للراحة، إلا أنه ليس كل مرض يمكن أن يضُعف جسم الإنسان ويصبح معه محتاجاً للراحة.

فعلي سبيل المثال المرض النفسي قد لا يكون صاحبه محتاجاً للراحة بالرغم من كونه مريضاً في الأساس.

ناهيك عن هذا فإن المريض النفسي قد يكون عنده إفراط في النشاط الحركي أكثر من كونه محتاجاً للراحة.

إن وجود الجسم في حالة توعُّك وفتور بحيث يصبح معها الإنسان غير قادر على أداء مهامه اليومية تجاه أسرته وتجاه الآخرين مما يستدعي أن يلزم الفراش ويخلد إلى الراحة هذا ما يمكن أن يطلق عليه مرض وهو مختلف عن التمارض.

لكن وفي كل الأحوال فإن نظرة المجتمع للمريض نظرة توصي بأن المرض مرتبط بالراحة التامة لأن المريض غير قادر على أداء المهام المتاحة له أساساً.

((يحدث المرض من قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عند القيام بوظيفته خير قيام، كما يحدث المرض أيضاً إذا اختل أو انعدم التوازن بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفها)) [2]

إن قصور أحد أعضاء جسم الإنسان عن أداء، وظائفه بالشكل المطلوب يعتبر خللاً في ميزان الصحة، لأن الإنسان إذا حدث له خلل لأي جزء من أجزاء جسمه أو قصور في أداء الوظائف الطبيعية سرعان ما يتأثر بها وينتج عنها خلل يؤدِّي إلى مرض الإنسان.

إن المريض شخص ((غير مسئول عن حالته، وهذه الحالة يمكن تعريفها اجتماعياً بأنها ليست خطأ منه، أما مدى احتياجه للمساعدة فإنه يتوقف على درجة خطورة المرض وعجز المريض عن القيام بوظائفه أو معاناته أو مواجهته مع المخاطرة، كما أنه يكون في حاله قلق على مستقبله، وهو لذلك يحتاج إلى مساعدة سواء كانت هذه المساعدة تخصُّصية أو علمية، ولكن في مواقف لا يعرف فيها نوع من المساعدة التي يتطلبها، فهو رجل عادي ليس متخصُّصاً في الحكم على هذه النواحي العلمية)) [3]

إن المرضى لا يحتاجون إلى من يبرر لهم مرضهم وأسباب المرض كما أنهم لا يحتاجون إلى من يواسيهم ويخفف عنهم، أنهم يحتاجون إلى من يزيل الألم عنهم يحتاجون لمساعدة الأطبَّاء المدركين حقاً لحقيقة المرض بشكل متكامل.

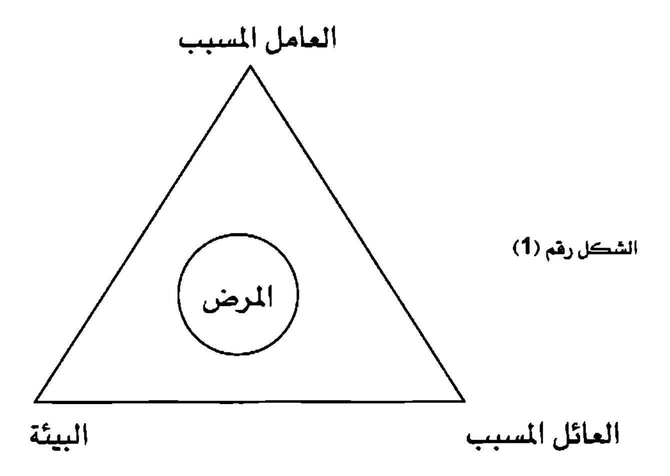
فالمريض يكون في حالة عجز تام، وغير متفطن لما يدور من حوله أحياناً، ولا يعي ما يفعل، فهو في حالة المرض يعاني مرتين، يعاني المرض، ويعاني ويلات المرض التي تفضي به إلى تقبل أي علاج مهما كان لوضع حدٍّ للمرض، حتى إذا اضطره الأمر اللجوء إلى السحر أو الشعوذة أو الممارسات الخاطئة التي يلجأ إليها كل من فقد الثقة في المجال الطبي.

ولمعرفة تاريخ المرض وكيف يمكن أن يصنف ومعرفة الحالة التي يكون عليها الجسم، والإصابات التي يتعرض لها لابد أن تدرس المراحل التي يمر بها الإنسان عند الإصابة بالأمراض، وهي أولاً :- مرحلة ما قبل المرض، والثانية مرحلة المرض.

أ- مرحلة ما قبل المرض :

((وهي عبارة عن المدة التي تسبق بداية المرض في الإنسان، وهناك ثلاثة عوامل هامة وهي: العامل المسبب والعائل المسبب والبيئة ويطلق على هذه العوامل الثلاثة المثلث الوبائي إذ لا يمكن أن يحدث مرض في غياب أي واحد من هذه العوامل)) [4].

انظر شكل رقم (1)



الشكل رقم (1)

ولعل مرحلة ما قبل المرض هي عبارة عن دائرة تحيط بكل إنسان . ولابد لكل واحد أن يدخلها ولو مرة في العمل إن لم يكن أكثر.

فوجود العامل المسبب في الطبيعة يجعل الإنسان يشعر بظل المرض المقيت يلاحقه ويحثه على المحافظة على الصحة العامة وطلب الراحة بالوسائل الممكنة.

والإنسان قد يكون حاملاً لمرض دون أن تظهر عليه أعرض هذا المرض، وبهذا ينقل المرض إلى غيره من الأفراد الأصحاء.

ولا يخفى على أحد الدور الذي تلعبه البيئة سواء أكانت البيئة الطبيعية أم البيئة الاجتماعية في الإصابة بالأمراض، فالتقلبات المناخية والبيئات المختلفة كلها مسببات للمرض.

ب- مرحلة المرض :

((تبدأ هذه الفترة بدخول العامل المسبب في جسم الإنسان، ومروره بمراحل : دور الحضانة، دور بوادر المرض، دور المرض، دور تناقص المرض، والشفاء والنقاهة، فالموت أو العجز))[5] .

دور الحضانة ← دور بوادر المرض ← دور المرض ← دور تناقص المرض ← الشفاء والنقاهة ← الموت والعجز.

وتعتبر هذه المرحلة هي مرحلة الإصابة بالمرض، حيث يشعر المريض بتغيرات تطرأ على وظائف الأعضاء وتعيق عملها بالشكل الطبيعي مما يؤدِّي إلى قصور الأعضاء المصابة.

ويبدأ المرض بدور الحضانة، وهذه المرحلة هي أول المراحل في الإصابة حيث يكمن الفيروس أو البكتريا داخل الجسم بسكون دون أن تظهر أعراض يمكن مقاومتها مبكراً وربما حتى دون أن يشعر بها المريض نفسه.

يليها مرحلة الأعراض أو ما يسمَّى بوادر المرض، ومن خلالها يصاب الإنسان بالمرض الكامل، وإذا ما امتثل للعلاج وتعليمات الطبيب إذا كانت في الاتجاه الصائب فأنها تنقله إلى الشفاء والنقاهة أو تنقله إلى مرحلة العجز والموت.

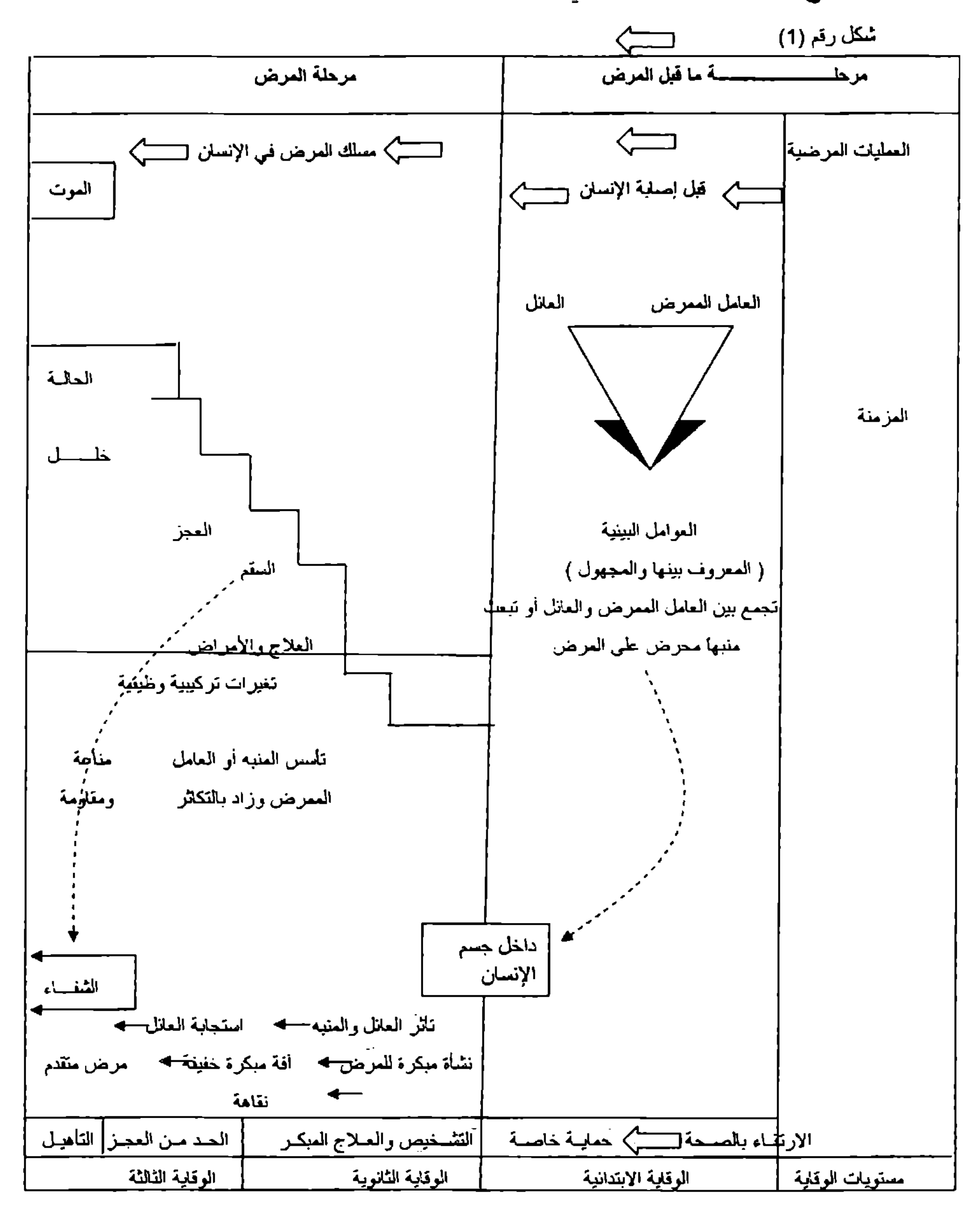
إن المريض في جميع مراحل المرض، حتى وهو يتماثل للشفاء لا يدرك من حوله سوى الأسلوب الأمثل للعلاج سواء أكان متمثلاً في الطبيب أم العلاج بغض النظر عن نوعيته أو اعتقاده في شخص عادي قد يجلب له الشفاء.

إن مرحلة بوادر المرض وظهور الأعراض قد لا يدرك المريض بأنه مصاب بمرض معين إلا عندما يقع فريسة هذا المرض، ويصبح عاجزاً عن القيام بدوره وشغل مركزه الاجتماعي.

ولكي نوضح معنى مرحلة ما قبل المرض، ومرحلة المرض نسوق الشكل رقم (1) ليوضح مرحلة كل إصابة علي حده.

ولكي نوضح معني مرحلة ما قبل المرض ومرحله المرض تسوق الشكل رقم (1) ليوضح مرحلة كل إصابة علي حده .

شكل رقم (1)



❖ المصدر : د.ج. أ. بارك وآخرون، الموجز في طب المجتمع، ترجمة الزروق الهوني وسالم الحضيري، منشورات مجمع الفاتح للجامعات، طرابلس **1989**، صـ**26**.

وكما هو معلوم أن ((هناك أمراض تخص فئة معينة دون غيرها فمثلاً الأمراض التي تصيب الأطفال تختلف عن الأمراض التي تصيب الكبار وهناك أمراض معينة تكون أكثر انتشار بين مجموعات معينة من الأعمار عن غيرها وهناك أمراض تصيب الرجال ولا تظهر عند النساء، مثل التضيق البوابي التضخمي**Hypertrophic Pyloric Stenosis** عند صغار الرضع، الحصبة في الأطفال و السرطان في متوسطي السن وتصلب الأوعية الدموية في المسنين وكثير من الأمراض المزمنة والتنكسية **Degenerative** مثل مرض القلب التاجي تبدي ازدياد مضطردا في انتشارها مع تقدم السن))[6].

كما أن الجنس يلعب دوراً في الفروقات بين الأمراض التي تصيب كلا الجنسين، والوراثة أيضاً لها دور بارز وفعال في عملية الإصابة بالأمراض وانتقالها من الآباء إلى الأبناء.

إلى جانب ذلك ((يؤدِّي سوء التغذية للإصابة بالأمراض الجرثومية مثل السل، كما توجد أمراض لها علاقة بالإفراط في الأكل مثل السمنة ومرض السكر))[7].

كما توجد أمراض لها علاقة بالمهنة كالتسمم بالرصاص والحوادث وغيرها، وتؤثر المهنة بشكل كبير على مرتاديها، فكل مهنة لها أمراضها الخاصة التي تؤثر على صحة من يعمل بهذه المهنة.

أضف إلى ذلك الحالة المناعية عند المريض نفسه أو العائل، فالإنسان كلما كان محصناً ضد الأمراض كان أكثر مقاومة للأمراض، ويكون التحصين من خلال أمصال خاصة أو مناعة طبيعية والتي تعطي الجسم فرصة أكبر للمقاومة وتفادي الأمراض البسيطة.

ولعل الوضع العائلي أو الاجتماعي بشكل عام له بالغ الأثر على الصحة العامة أو له تأثير على مستويات اجتماعية معينة.

((فأمراض القلب الروماتزمية والتهاب الشعب المزمن والسل وقرحة المعدة هي

الأكثر شيوعاً بين طبقات المجتمع الدنيا اجتماعياً واقتصادياً عنها في طبقات المجتمع العليا))[8].

وإذا ما تناولنا سلوك الإنسان نفسه في الإصابة ببعض الأمراض، نلاحظ أن تناول المشروبات الكحولية والتدخين والإفراط في تناول الوجبات الدسمة والدهون والعادات الغذائية السيئة، والإفراط في تناول السكريّات كل هذا يؤدِّي إلى الإصابة بالمرض، وكذلك ابتعاد الناس عن مزاولة الرياضة والقيام بالتمارين التي من شأنها أن تمنع الجلطات وتصلب الشرايين.

وإذا كان الأمر كذلك بالنسبة للمرض وهذا الشعور الذي يحدث عند الإصابة بالمرض وأن الأمراض تحدث نتيجة لأسباب عدة فإن عملية تشخيص هذه الأمراض من الأهمية بمكان، فلولا وجود تشخيص دقيق للمرض لما تمكن الطبيب من معالجة مرضاه، إلا أنه لا بد للطبيب أن يعرف تاريخ المرض، والعامل المسبب للمرض حتى يتمكن من التعامل معه.

ولكن القصور الذي يحدث من الأطبَّاء هو عدم إدراكهم للمرض وأسبابه، والطريقة التي يمكن علاجه بها إذا أصاب الإنسان بطريقة مغايرة تماماً للعلاج الطبي، وهي طريقة العلاج الطب اجتماعيّاً.

إن عدم فهم الطبيب لمسببات المرض الحقيقية يجعل المريض يعني أكثر مما كان في السابق، لأن أول سؤال يطرحه المريض على الطبيب، ما هو سبب مرضي؟

فإذا أدرك الطبيب سبب المرض، وطريقة العلاج المناسب أمكن تحسس موضع الألم عند المريض وبالتالي يصل إلى راحة المريض وعلاجه بطريقة تناسب موضوع مرضه.

إن كثيراً من مرضى اليوم لا يثقون في الأطبَّاء لأن المرضى لا يرتاحون لتشخيص الطبيب المعالج، ولفقدان الطبيب المهارة في العلاج والأسلوب المناسب في طرح الأسئلة

على المريض مما يجعل المريض يفقد الثقة في الطبيب.

إن المرضى - في أغلب الأحيان - يدركون أسباب مرضهم الحقيقية حتى وإن لم يصرِّحوا بها، خاصة إذا كانت أسباباً اجتماعية تخص المريض نفسه، إلا أنهم يخفونها عن الطبيب، وعن الناس والأسرة خشية البوح بها.

فالطبيب الماهر والناجح هو الذي يتحسَّس موضوع الألم الحقيقي عند المريض، ويدرك فيما إذا كان المرض الذي يعاني منه المريض مرضاً عضوياً أو مرضاً اجتماعياً أو مرضاً نفسياً أو غير ذلك من الأمراض التي قد تصيب الإنسان، وخصوصاً أن الأمراض في العصر الحديث تتمحور معظمها حول ضغوط الحياة اليومية، وما ينتج عنها من مشكلات تؤرق الإنسان، وتلقي به في براثن المرض.

وبالرغم من كل ما ذكر من الحرص على أن يتعامل الطبيب مع المريض، ويعرف كل ما من شأنه أن يؤدِّي به للإصابة بالمرض سواءً أكان عضوياً أم اجتماعياً إلا أنه يجب على الطبيب أن يحذر ((أثناء مناقشته مع المريض أن يلعب دور الواعظ أو المرشد أو القاضي أو أن يعامل المريض كمتهم يعترف بخطايا أو أن يتقمص دور المعلم أمام تلميذه، بل يجب الإحساس بمشاعر المريض، واحترام كافة انفعالاته مهما تكن غريبة أو شاذة، ومحاولة دراستها موضوعياً دون التورط الانفعالي))[9].

إن إقامة علاقة ودية مع المريض لا يعني أن يتورط الطبيب في علاقة غير محمودة العواقب، فكثير من المريضات يتعلقن بالطبيب وينظرن إليه وكأنه المُخلِّص أو المنقذ وتنشأ مشاعر الحب بين الطرفين، ويتبادل كلٌّ منهما الحديث العاطفي مع الآخر، وقد يكون عن عدم دراية أو إلمام كامل من الطبيب بمساوئ هذه العلاقة اجتماعيّاً ونفسيّاً على المريضة، وقد تصل الحالة إلى حد الابتزاز.

إن وجود مثل هذا النوع من العلاقات يؤدِّي إلى انتكاس حالة المريض فيما لو حاول الطبيب أن يصدها في أي لحظة، وهو يعبر عن فشله في أداء المهنة، واحترام تقاليدها، واستغلال مرضاه بشكل سافر وغير أخلاقي، وربما تكون محاولة فاشلة

في العلاج.

إن المقصود بإقامة علاقة مع المرضى هي التعرف على خفايا المرض غير المعلنة، والخافية وراء قناع الألم العضوي، فالعلاقة بين الطبيب والمرضى تعني التودد إلى المرضى، ومعاملتهم معاملة حسنة ولطيفة حتى يشعر المريض بالراحة والاطمئنان مما يجعله يفضي للطبيب بمكامن المرض والأسباب الحقيقية وراء الإصابة سواء أكانت عضوية أم اجتماعية أو نفسية.

العوامل التي تحدِّد معنى المرض :

يقصد بالعوامل التي تحدد معنى المرض، كل ما له علاقة بتوفير المناخ المناسب لإصابة الإنسان بالمرض، كالعوامل التي تعود لطبيعة المرض، أو الظروف الاقتصادية الخانقة، أو الظروف الاجتماعية والنفسية، وغيرها.

أ- عوامل راجعة لطبيعة المرض :

((يعني المرض بالنسبة للشخص المريض أشياء مختلفة تبعاً لطبيعة المرض فالمرض المزمن يختلف في معناه عن المرض العادي حيث إن الأول يتطلب طريقة مختلفة للحياة ويتمثل فيها المريض أنواعاً مختلفة من المسؤوليات))[10].

إن المرض يحمل معاني مختلفة للمريض حسب نوع المرض الذي يعاني منه المريض، فعلى سبيل المثال فإن السائق الذي يعتمد على قدميه لقيادة السيارة التي تعتبر مصدراً أساسيّاً لرزقه ورزق أبنائه، خاصة إذا كان هو العائل الوحيد للأسرة، فإذا ما قرر له الطبيب إجراء عملية جراحية على قدميه، أو بتر إحدى القدمين فإن معنى المرض يختلف عند هذا المريض مقارنة بآخر، نظراً لأن قدميه هما المصدر الأساسي لرزقه، وبهما يستطيع العمل والحركة وأداء جميع أعماله، ناهيك عمَّا يشعر به من نقص.

هذا بخلاف المريض الذي يقرر له بتر إحدى الساقين، وهو في الواقع يعمل بائعاً في محل تجاري، فبتر الساق قد لا تعني له الكثير، ولا يتوقف رزقه، وعمله اليومي على

وجود ساقه من عدمها، وهكذا فإن المرض يختلف باختلاف الحالة والشخص فهو يعني معاني متعددة ومختلفة للمرضى.

ب. عوامل راجعة نفسية للمريض:

1- الظروف الاقتصادية :

((لا شك أن المريض الذي يختل توازنه الاقتصادي بسبب مرضه كأن ينقطع عن العمل أو أن تكاليف العلاج ترهقه، أو أن نتائج المرض تعوقه عن الاستمرار في عمله، يختلف معنى المرض بالنسبة له عن مريض آخر يستطيع أن يتحمل تكاليف العلاج ونتائج المرض)) [11] فمن أهم الأسباب التي يجب على الطبيب أن يدركها هي العامل الاقتصادي والاجتماعي بالنسبة للمرض غير المعلن، فالمريض يزداد مرضاً إذا شعر بأن دخله الاقتصادي قد تأثر بسبب مرض وعدم قدرته على العمل، أو أن المرض سوف يؤثر على مصدر رزقه، وقد يسبّب في انقطاعه.

فالشلل. مثلاً . أحد الأمراض الذي يؤدّي إلى فقدان المريض مصدر رزقه ووظيفته وقد يكون سبباً في فقد المريض مركزه الاجتماعي داخل المجتمع، ويمنعه من أداء دوره كاملاً في المجتمع.

2- الظروف النفسية:

إن العامل النفسي له أثر كبير على صحة الإنسان فهو يؤدّي إلى إضعاف الحالة النفسية عند الإنسان إذا كان غير قادر على مواجهة الأزمات وحلها، أو إذا شعر أنه مهمل ولا يدور في محيط دائرة اهتمام الآخرين، فإنه بذلك يتحول إلى شخصية انهزامية وسرعان ما تتأثر وتصاب بالمرض، وقد ((يجد الطبيب نفسه في حالات كثيرة يعمل دون وجود علامة، مشكلات عرضية))[12].

فالطبيب في حالات المرض النفسي لا يتعامل مع مرض عضوي أو آلام ظاهرة أمامه

يمكن تشخيصها بالمنظار أو التحاليل الطبية، ولكنها تحتاج إلى مهارة الطبيب، وأن يدركها من خلال قوة ملاحظة ومعرفته بطبيعة تلك الأمراض فعلى سبيل المثال فقدان الإنسان الشعور بالأمن قد يؤدِّي إلى المرض أو إلى الموت أحياناً ((إن فقدان الأمن النفسي يمكن أن يكون مدمِّراً جداً، بالرغم من أن هذا لا يظهر دائماً في شكل مرض جسمي))[13].

3- الظروف الاجتماعية:

تلعب الظروف الاجتماعية الدور الأكبر في الإصابة بالمرض، وعلى الطبيب أن يدرك خطورة هذا العامل وغيره من العوامل التي قد تكون سبباً مباشراً في حدوث الأمراض، حتى وإن كانت أعراضها بيولوجية.

إن شعور الإنسان المريض الذي له أسرة كبيرة وهو العائل الوحيد لهذه الأسرة يختلف عن شعور المريض الذي لا يعول أسرة، فالأول يشعر بالتزام كبير مع أسرته، فهو مصدر رزقهم الوحيد وبهذا يكون قلقاً على مصير أسرته، هذا إلى جانب انقطاع اتصاله بأقربائه وأصحابه وجميع علاقاته الاجتماعية.

4- السن :

إن من بين العوامل المهمة في المرض وتحديد معناه عامل السن فالمرض عند الأطفال يختلف معناه عند المراهقين كما يختلف معناه عند كبار السن، فكل فئة من هذه الفئات يعني لها المرض شيئاً معيَّناً، كما أن الطفل الصغير في مرحلة المريض الذي يؤدِّي به إلى دخول المستشفى، يشعره بفقدان أبويه والقرب منهما مما يؤثر على شخصيته، وينعكس على سلوكه سلبياً.

والمراهق الذي يحتاج إلى الحركة والنشاط وتكوين الصداقات في فترة حياته الأولى إذا تعرَّض لعملية جراحية واستدعى الأمر وجوده في المستشفى فترة من الزمن

يصاب بنفس إحساس الطفل وافتقاده لما يتمتع به أقرانه.

ولا يخفى على أحدٍ شعور كبار السن إذا ما تقرَّر أن تقام عملية جراحية لأحدهم من الخوف وعدم الاستمرار في الحياة، لأن العملية الجراحية عند كبار السن تعني الموت المؤكَّد لكون أجسامهم لا تحتمل إجراء العملية الجراحية.

كما أن الأطفال في مقتبل العمر يصابون بمخاوف كبيرة إذا ما عرف أحدهم أنه في حاجة إلى عملية جراحية، ناهيك عن أن المرض يسبِّب القلق النفسي والاجتماعي للأسرة والمريض على حدٍ سواء.

ج- عوامل راجعة للأسرة :

للأسرة بالغ الأثر على صحة المريض، فمعظم المرضى يعتمدون على أسرهم أثناء فترة المرض.

فشعور الفرد بأنه أصبح عبئ على أسرته وأنه سيفقد احترام الأسرة له نتيجة لمرضه الطويل يؤثر و بشكل حاد على حالة المريض النفسية .

إن الأسرة هي أولى الجماعات التي تنشأ فيها علاقة الفرد بباقي أفراد أسرته ((بحيث يمكننا تصور حياة الفرد متضمنة عدداً من الجماعات المتداخلة مثل جماعة الأسرة))(14) وغيرها من الجماعات كجماعة العمل والأصدقاء... إلخ.

فالأسرة هي الجماعة الأولى التي تؤثر في صحة المريض، وهي التي تبعث فيه الأمل والاستقرار النفسي والعاطفي، وتبعث فيه اليأس والملل الشعور بعدم المبالاة.

د- عوامل راجعة للمستشفى :

إن وجود المستشفى المجهز بالإمكانيات الكافية يبعث في نفس المريض الاطمئنان، ويجعله يشعر بأهمية وجوده في المستشفى.

ووجود هيئة تمريض تعتني بالمريض وإدارة منظمة وخدمات لائقة كلها عوامل

تساعد على شفاء المريض، ناهيك عن غرف المستشفى والتهوية وحسن المعاملة من العاملين بالمستشفى، والتغذية المناسبة ووجود تهوية جيدة في المبنى والإضاءة كلها عوامل مهمة جداً لراحة المرضى ومساعدتهم على الشفاء العاجل.

والعامل الأساسي المفروض وجوده بشكل دائم في المستشفى هو الطبيب، ولكن ليس أي طبيب.

إن الأطبّاء الذين يدركون أهمية العوامل الاجتماعية والثقافية في إصابة وعلاج بعض الأمراض، هم الوحيدون القادرون على مساعدة المرضى على تخطي مشاكلهم الصحية.

بالرغم من أن هناك مرضى يعانون أصلاً من مرض عضوي، وليس له منشأ اجتماعي أو ثقافي، وهو في الأصل بيولوجي أو وراثي، إلا أنهم يعانون من عوامل اجتماعية وأخرى ثقافية مصاحبة للمرض أو للجراحة أو لطول مكوثهم في المستشفى.

ومنهم من يتعرض لضغط الأطبّاء أو المرضى الآخرين أو هيئة التمريض أو سوء المبنى والتغذية مما يؤثر على صحته بعد دخوله المستشفى أكثر مما لو كان خارجها.

هـ - عوامل راجعة للمجتمع :

((إن نظرة المجتمع إلى المرض قد تحدد معناه أيضاً بالنسبة للمريض، حيث ينظر المجتمع إلى بعض الأمراض مثل الأمراض المعدية والأمراض الجلدية والأمراض التناسلية نظرة خاصة تجعل المريض يشعر أنه منبوذ))[15].

إن اختلاف الثقافات من مجتمع تجعل النظرة العامة للمرض تختلف من شعب لآخر ومن فرد لآخر، فمنهم من يرى الأمراض التناسلية والجنسية أمراضاً عادية، ويتعاملون مع المرضى المصابين بها معاملة عادية، ومنهم من ينظر إليها وكأنها شذوذ فلا يستطيع أن يحيط بطبيعتها، وسبب الإصابة بها.

إلا أن المجتمعات العربية تنظر إلى المرض الجنسي وكأنه عارٌ أو مسبة لصاحبها،

وأن من يصاب به من الذكور أو الإناث يوصف بالعجز ويكون في كثير من الأحيان إما منبوذاً أو مثاراً للسخرية والشفقة، وهذا أمر ملحوظ وبشكل كبير في كثير من المجتمعات الشرقية بصفة عامة.

مفهوم الصحة :

((عرف العالم بركنز **Perkins** الصحة بأنها حالة التوازن النسبي لوظائف عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه.

وقد عرفت هيئة الصحة العالمية مفهوم الصحة على أنه حالة السلامة والكفاية البدنية، والنفسية والاجتماعية الكاملة وليست مجرَّد الخلو من المرض أو العجز)) [16].

ومن خلال تعريف **Perkins** بأنها (الصحة) حالة توازن نسبي بمعنى أن الصحة غير ثابتة فالمرض نغصة الحياة إلا أن قوى الجسم لا يمكنها أن تحافظ على توازن الجسم لوحدها بل تتنافر مع جهود متفرقة وليس كما جاء في تعريف بركنز.

إلا أن مفهوم الصحة عند منظمة الصحة العالمية كان أوضح، كالحالة النفسية والاجتماعية في المحافظة على الصحة.

والصحة في قاموس اللغة العربية تعني ((البريء من كل عيب أو ريب فهو صحيح أي سليم من العيوب والأمراض)) [17].

فالصحة هي أن يكون الإنسان معافى من كل داء، لا يشكو الألم والسقم فهو صحيح ولا ينغص حياته أي مرض.

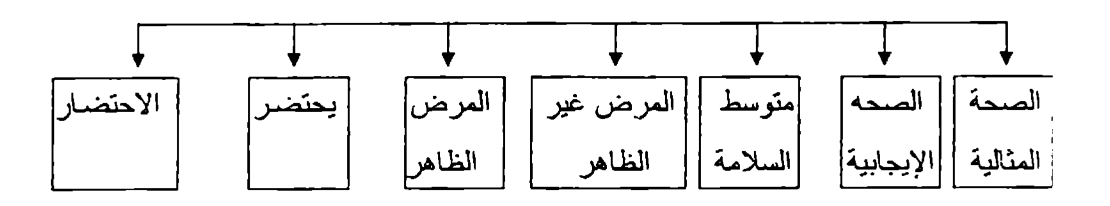
وحسب تعريف الأمم المتحدة السابق فإن الصحة تتكون من الصحة الجسمية والصحة النفسية والصحة العقلية والصحة الاجتماعية والصحة البدنية.

فكل واحدة من هذه العناصر تتضافر مع سابقتها لتكون جسداً مترابطاً من الصحة الجسمية عند الإنسان.

ويعرِّف فوزي جاد الله ((الصحة من ناحية شدتها يمكن أن ينظر إليها على أنها

مدرج قياس أحد طرفيه الصحة المثالية و الطرف الآخر هو انعدام الصحة (الموت) ويبين الطرفان درجات متفاوتة من الصحة))[18]، ويعرف Tuaddle (1974) الصحة التامة من وجهة نظر اجتماعية بأنها، حالة وصول قدرات الفرد إلى التمتع وأداء الدور إلى أقصاها))[19].

والشكل رقم (2) يوضح درجات الصحة :



❖ المصدر: أميرة منصور يوسف، المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية والطبية والنفسية.

((وكما أن للصحة مقياساً يحدِّد فيما إذا كان الإنسان يتمتع بالصحة أو أنه على حافة المرض ثم الموت، فقد وضعت محدَّدات الدراسات الحديثة للصحة وهي:-

1- الوراثة.
2- البيئة.
3- أسلوب الحياة.
4- الخدمات الصحية))[20].

وتلعب محدَّدات الصحة العامة دوراً مهماً في حياة الإنسان فبدونها لا يمكن أن تكتمل الدورة الصحية عند الفرد.

وسوف نذكر بشيء من التفصيل أثر محدَّدات الصحة على الفرد.

1- الوراثة:

((إن الجينات الممنوحة أو الموهوبة للإنسان لا يمكن تغييرها أو تعديلها بعد الحمل حيث نجد العديد من الأمراض ترجع إلى مصدرها الجينات " المورثات " وأمثلة على ذلك بعض أنواع من مرض السكر Diabetes ومرض الضعف العقلي Reariation Mental وسوء الهضم Metabolism Errors of وبعض أنواع الصرع Epilepsy))[21].

2- البيئة:

إن البيئة سواء أكانت داخلية أم خارجية لها تأثير بالغ على صحة الإنسان، ويقصد بالبيئة الداخلية هو الأمراض التي يحملها الإنسان في تكوينية الجيني.

وقوة الأجهزة المناعية في جسمه ومدى محافظته على صحته الجسمية عن طريق مراجعة الطبيب عند شعوره بالألم.

أما البيئة الخارجية فهي مستوى النظافة في محيط بيئة الإنسان والتغذية الصحية ومستوى التلوث في البيئة وغير ذلك من محدَّدات البيئة الخارجية التي تحيط بالإنسان التي يتعامل معها وبشكل يومي.

البيئة الخارجية تساعد على الإصابة بالمرض، وقد تكون بيئة جيدة تحفظ للإنسان صحته، فالبرد الشديد أو الحرارة الشديدة تجعل الإنسان في خطر حيث إنها تتقلب في كل يوم وتؤدِّي إلى الإصابة بالمرض.

أسلوب الحياة:

إن أسلوب الحياة مهم جدًّا في الحفاظ على صحة الإنسان، فكلما كان الإنسان محافظاً على صحته مهتماً بغذائه الصحي، ونظافته الشخصية، وعلى عاداته في الأكل والشرب، كان أكثر ابتعاداً عن المرض.

إلا أن الكثير من المجتمعات تعيش بأسلوب مغاير تماماً لما ذكر، فأسلوب حياتهم لا يتطرَّق على الإطلاق إلى النظافة الشخصية أو النظافة العامة، فتجد بيئة الشخص ملوثة وقذرة، وهو يعيش دون أن يهتم لذلك.

إن البيئة النظيفة والخالية من مظاهر التلوث تعطي فرصة للحياة الكريمة النظيفة والخالية من الأمراض. وكثير من المجتمعات الأوربية تعيش في بيئة نظيفة محافظة إلا أن المجتمعات التي تنتشر في أفريقيا وآسيا لازالت لم تحقق القدر الكافي من النظافة العامة مما أدَّى إلى انتشار الكثير من الأمراض المعدية والخطيرة، كما أن دولة مثل مصر على سبيل المثال توجد بها قرى لا يزال يربى فيها الحيوان داخل المنزل مع الإنسان، وبطريقة غير لائقة صحياً، مما يؤدِّي إلى ظهور أمراض سرعان ما تنتشر بين السكان في القرية.

الخدمات الصحية :

تعد صحة الإنسان رهناً بمستوى الخدمات الصحية التي تقدَّم إليه في المستشفى أو أي عيادة أخرى متخصُّصة.

ووجود هذه الخدمات لا يعني على الإطلاق تطوُّراً في مستوى صحة الإنسان ما لم يترافق مع الخبرة والكفاءة من الأطبَّاء الذين يعملون على تسخير هذه الخدمات لصالح المرضى.

وكل ما تقدِّمه المستشفيات اليوم من رعاية صحية للمريض يدل على قوة الخدمات الصحية في المستشفى، فكلما كانت الخدمات الصحية متوفرة وجيدة كان المرضى أكثر ارتياحاً في المستشفى، وأكثر تقبُّلاً للعلاج.

((تختلف نوعية الخدمات الصحية المقدمة من مجتمع إلى مجتمع طبقاً للتقدم التكنولوجي في مجال الصحة في كل مجتمع من جانب، ولطبيعة النظام الاقتصادي والاجتماعي السائد في كل مجتمع)) [22].

ولكننا نلاحظ أن الخدمات الصحية في الدول النامية على وجه الخصوص، تعاني من قلة الخبرات المؤهلة بالرغم من ضخامة الاحتياجات الصحية، وبهذا يبرز لنا عجز الطب عن أداء العمل المطلوب منه.

كما إننا نلاحظ أن هناك اختلافاً كبيراً وفرقاً شاسعاً في التوزيع العادل للخدمات الصحيَّة، حيث تتركز الخدمات الصحيَّة في المدن الكبرى وتهمل في مناطق الريف مما يجعل الرعاية الصحية في الريف متدهورةً وقليلة إلى حدٍّ كبير.

وبالرغم من ذلك يجب الاهتمام بالخدمات الصحية في دول العالم الثالث وتوزيعها بين المناطق الحضرية والريفية بشكلٍ متساوٍ يضمن وصولها لكل مواطن في العالم والمحافظة على تقاليد مهنة الطب، وإيجاد العنصر المؤهل القادر على استقلال تلك الخدمات.

مفهوم الصحة العامة :

((يوجد نوعان من الصحة، صحة طبيعية، وصحة صناعية، فالصحة الطبيعية هي الصحة الحقيقية التي تستخدم مقاومة الأمراض المعدية وأمراض الانحلال وتوازن الجهاز العصبي، والصحة الصناعية، هي الصحة التي لا يوجد فيها المرض، وتعتمد على أغذية خاصة ومستحضرات طبية وفيتامينات وفحوصات طبية دورية وعناية مخطَّطة بالمصحَّات والمستشفيات)) [23].

وإذا كان هذا هو مفهوم الصحة بشكل عام سواءً أكانت صناعية أم طبيعية إلا أن مفهوم الصحة العامة ومفهوم صحة المجتمع يختلفان اختلافاً جذرياً عن المفهوم العام للصحة.

ويقصد بمفهوم الصحة العامة ((صحة مجموعة من السكان تعيش في مجتمع ما أو بلد ما، وتتعرض لنفس الظروف المشتركة، ومجالات الصحة العامة أوسع من الطب الوقائي والصحة الاجتماعية حيث إنه يهتم بكل المشكلات والاحتياجات الصحية للمجتمع كما أنه يقدم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية)) [24].

ومن ذلك يتَّضح أن مفهوم الصحة العامة يتطور ليشمل صحة المجتمع بالكامل بدلاً من الاهتمام بالفرد كوحدة اجتماعية بمعنى أنه نظام للعناية الصحية الشاملة لكل الناس وبواسطة فريق طبي متمرِّس يهدف في عمله إلى تحقيق الصحة العامة في المجتمع.

إن مفهوم الصحة العامة لا يمكن أن يفهم على الوجه الأكمل ما لم يدرس هذا المفهوم في سياقه الاجتماعي فلا يمكن معرفة الصحة العامة أو صحة المجتمع إلا عن طريق مطالب الناس الذين تعني لهم الاستقرار والحفاظ على مصدر أرزاقهم.

ولبلوغ مفهوم الصحة العامة والإيجابية في نفس الوقت لا بد من تجاوب الناس لعلاج الأمراض المتوطنة والسارية والمعدية وغيرها من الأمراض التي تنتشر وبشكل كبير مع تطور الحياة، وقد أصبح علاجها اليوم يتطلب أموالاً كثيرة، ومنها ما يصعب علاجه.

((ولذلك يرتبط علم الصحة العامة بالعلوم الاجتماعية ارتباطاً كبيراً وهذا جعل الكثير من علماء الصحة العامة يعتبرونه علماً من العلوم الاجتماعية، كما يؤكدون أهمية دراسة العلوم الاجتماعية كأساس ضروري لدراسة علم الصحة العامة)) [25]

ويمكننا أن نخلص إلى حقيقة مفادها أن الصحة العامة هي صحة مجتمع بأكمله، إن الصحة العامة تسعى إلى الحد من المرض وذلك بالبحث عن أسباب انتشار الأمراض سواء أكانت أسباباً بيئية أو بيولوجية أو اجتماعية، وتعتبر وفرة المأكل والبيئة الطبيعية والاجتماعية والراحة النفسية، وقلة المشكلات الاجتماعية تساعد الإنسان على التمتع بالصحة والابتعاد عن المرض.

وكذلك حصول الإنسان على فرص العمل الجيِّد الذي يضمن له الحياة الكريمة يزيد من تأكيد مفهوم الصحة العامة، وبالرغم من وجود علاقة قوية بين الوظائف الإدارية والإصابة بالمرض.

كذلك تنخفض نسبة الوفيات بين الطبقات الاجتماعية الراقية عنها في الطبقات الأخرى لأسباب متعددة كتوفير العلاج المناسب والتغذية الممتازة والراحة النفسية والوظائف الملائمة.

ولعل التقدُّم في الطب أدَّى إلى انخفاض الإصابة بالمرض، وبدوره أدَّى إلى انخفاض نسبة الوفيَّات نتيجة لانتشار الوعي بين أفراد المجتمع، وفي المقابل ظهرت أمراض أخرى بدلاً من الأمراض التي اختفت تماماً أو تقلصت بفعل العلاج الطبي، ويوضح الجدول التالي تطور معدلات الوفاة نتيجة بعض الأمراض من عام **1940 – 1960** في المملكة المتحدة.

جدول رقم (**1**) يوضح تطور معدلات الوفاة نتيجة بعض الأمراض من عام **1940 – 1960** في المملكة المتحدة.

سبب الوفاة	1940	1950	1960
كل الأسباب	1076	8،933	7،941

الأمراض المعدية

السل بجميع أنواعه	9،45	5،22	7،6
الزهري ومضعفاته	4،14	0،5	8،1
الحمى التيفودية	0،1	1،0	-
الدوسنتاريا بأنواعها	9،1	6،0	2،0
الدفتريا	1،1	3،0	0،0
مضاعفات شلل الأطفال	8،0	3،1	3،0
الحصبة	5،0	3،0	2،0
الالتهابات الرئوية	3،70	3،31	0،32

الأمراض المزمنة

الأورام الخبيثة	3،120	8،139	1،147
مضاعفات مرض السكر	6،26	16،2	0،16
أمرض القلب	7،485	510،8	7،519
قرحة المعدة والإثنا عشر	8،6	5،5	5،9

الحوادث

حوادث السيارات	2،26	1،23	0،20
الحوادث الأخرى	0،47	5،37	7،30

معدل الوفاة لكل 100،000

❖المصدر : ماجدة محمد عبد الحميد فايز، بعض أنماط الصحة والمرض لدى أطفال الطبقات الاجتماعية المختلفة.

((ويلاحظ التغير الذي حدث في معدلات الوفاة الناتجة عن بعض الأمراض عام 1940 إلى عام 1960 بالمملكة المتحدة، فقد حدث انخفاض شديد في مرض السل من 9،45 إلى 7،6 خلال العشرين عاماً نتيجة تطور وسائل العلاج وأساليب الوقاية))[26].

وغير ذلك من الأمراض التي حدث بها انخفاض كبير في معدلات الإصابة، وعلى عكس ذلك ارتفعت معدلات الإصابة في الأمراض الأخرى كأمراض القلب التي تصيب الإنسان نتيجة لضغوط العمل والعادات السيئة كالتدخين مثلاً.

الأمراض ذات الصبغة الاجتماعية :

((لا يمكننا النظر للألم باعتباره ظاهرة بيولوجية تتدخل فيها فقط الجوانب الاقتصادية لحياة الأفراد، فللألم داخل القيم الثقافية الصحية أذرع داخل جعبة كل إنسان لتخرج منها ما يتفق مع قيمه الثقافية الأخرى، وما تتلاءم مع تكوينه الاقتصادي الاجتماعي المشكل لحياته))[27] ونقصد بالأمراض ذات الصبغة الاجتماعية هي تلك

الأمراض التي تنشأ نتيجة لأسباب عضوية، ولكنها تسبب للمصاب بها إحباطاً اجتماعيّاً، وتنتج عنها آثار نفسية واجتماعية تعالج عن طريق وعي الطبيب بها، وكيفية التعامل مع المرضى المصابين بتلك الأمراض إلى جانب العلاج بالعقاقير الطبية.

وكما هو معروف أن الخوف والحزن والقلق كلها عوامل وأعراض ونتائج الأمراض التي يشعر المصاب بها أنه مثار للسخرية من مرضه، أو أنه أصبح مقزّزاً بسبب هذا المرض، أو يخجل من المصارحة بوضع مرضه، خاصةً إذا كان يتعلق بالنواحي الجنسية، ناهيك عن الخوف من عدم الشفاء أو قرب المنيَّة.

وتتولد هذه المشاعر عند أي مريض مهما كان مرضه، إلا أن الإنسان بطبيعته ضعيف ويخطر بباله عدة أمور عندما يصاب بالمرض، ويشعر وكأنه أصبح عبئاً ثقيلاً على من حوله فتتسرب إليه معالم الإحباط والمرض.

فالمرض العضوي بلا شك له علاقة وثيقة بالمرض النفسي والاجتماعي، وكذلك لا يوجد مرض اجتماعي أو نفسي لا يؤثر على صحة وسلامة الجسم.

إن الأمراض ذات الصبغة الاجتماعية كثيرة، وكما أسلفت أن أي مرض عضوي لا بد له من آثار على شخصية المريض سواء أكانت آثاراً اجتماعية أم اقتصادية أو نفسية.

وسنتناول بعض الأمراض التي لها صلة مباشرة بالوضع الاجتماعي والتي تؤثر فيه بشكل كبير، وتؤثر على حياة الإنسان وعلى من يحيطون به، وربما هذه الأمراض تتفاوت في نسبتها حيث تمتد الفترات مع بعض المرضى، ولا تسبِّب آثاراً نفسية أو اجتماعية إلا بعد فترة طويلة مما يجعله يشعر بخطورة المرض الذي ربما يجعل من هم حوله ينفرون منه، أو يشفقون عليه أو تتقلص إلى حد كبير علاقته بالناس والوظيفة، ويفقد مركزه الاجتماعي ويصبح مجرَّداً من أي دور في المجتمع، وربما حتى في منزله مع أولاده وزوجته.

إن مثل هذه الأمراض تنشأ بأسباب اجتماعية أحياناً كأمراض ضغط الدم والسكر والقلب وتصلُّب الشرايين والجلطة الدماغية وغيرها.

وقد تختلف هذه الأمراض وتنشأ بأسباب اجتماعية ونفسية وبيئية مثل مرض السرطان ومرض فقدان المناعة، ومرض السل وغيرها من الأمراض التي سنتطرق إليها.

أ- مرض السرطان :

الحديث عن مرض السرطان لن يكون ضمن الإطار الطبي البحت إنما يتضمن البحث والإسهاب في هذا الموضوع ضمن الإطار الاجتماعي والثقافي والمفهوم العام لهذا المرض، وكيف يمكن أن يكون هذا المرض وغيره أحد الأمراض ذات منشأ إما طبي أو اجتماعي وحتى إذا كان هذا المرض ذا صبغة طبية فإن علاجه بالتأكيد لن يكون إلا اجتماعياً نفسياً.

ولعل مرض السرطان من بين الأمراض الفتاكة التي ذاع صيته حتى أصبح لفظ كلمة السرطان في حد ذاتها تشكل رعباً وهاجساً لمن يسمعها.

وبالرغم من ذلك فإن مرض السرطان ليس كما يعرف عنه فهو أن تم تحليل مادته وأسبابه وأعراضه وشكل الفيروس لصغر ذلك الاعتقاد.

أورام السرطان ((هي نمو غير طبيعي لبعض أنسجة الجسم، وهو نمو لا يخدم وظيفة فسيولوجية كباقي الأنسجة الطبيعية، بل تتكاثر خلاياه على حساب الأنسجة الطبيعية، تؤدِّي إلى احتلال وظائف الخلايا والأنسجة الطبيعية المجاورة لها))[28].

فالأورام نوعان :

((نوع يسمَّى الحميد، ونوع يسمَّى الخبيث، فالنوع الحميد ينمو ببطء، أو يكون عادة مغلفاً بغلاف واضح من الأنسجة الليفية، وضرره الرئيسي هو التشويه، ويفضل عادة استئصاله للتغلب على التشويه والضغط الميكانيكي، وحتى لا يتحوَّل إلى ورم

خبيث مع مضي الوقت))[29].

((أما الأورام الخبيثة فتتكاثر بسرعة كبيرة، وتمتد مباشرةً إلى الأنسجة المجاورة كما تمتد عن طريق الدورة الليمفاوية والدورة الدموية، وبالانتقال المباشر تنتشر في أنحاء الجسم، وتؤدِّي إلى وفاة المريض بوسائل عديدة)) [30].

فمرض السرطان عبارة عن تليف يحدث للأنسجة إما أن تؤدِّي إلى تشوُّهات تتحوَّل بمضي الوقت إلى ورم خبيث، أو عبارة عن تلف في الأنسجة غير مغلف يؤدِّي في معظم الأحيان إلى الوفاة.

فأمراض السرطان تنشأ عادةً أو في أغلب الأحيان ((من البيئة مثل تلوثها، ومنها ما يأتي بظروف كيماوية وتفاعلات كيماوية مثل احتلال نظام الهرمونات في الجسم. ومنها ما يخلقه الإنسان مثل الدخان، وهو من العوامل التي تؤدِّي إلى سرطان الرئة))[31].

ونلاحظ أن مرض السرطان ينشأ في بعض الأحيان من البيئة التي يعيش فيها الفرد، والتي يغلب عليها الطابع الثقافي مما يجعله يسلك سلوكاً يؤدِّي به إلى الإصابة بمرض لعين قد يؤدِّي إلى وفاته.

ومن هنا نرى أن منشأ هذا المرض ربما يكون لسبب اجتماعي أو ثقافي حسب بيئة الفرد، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى نرى أن منشأ هذا المرض قد يحدث بأسباب اختلال إفراز الهرمونات يؤدِّي في النهاية إلى الإصابة بالسرطان.

وهذا الأمر كثير الحدوث ناهيك عن الإصابة بالمرض جراء العادات السيئة في الغذاء، وقلة الوعي، وعدم الالتزام مواعيد الكشف الدوري والفحوصات المنتظمة.

ولكن مهما كانت الأسباب المؤدِّية إلى مرض السرطان، ومهما تعدَّدت أسباب الإصابة يظل هذا المرض مرضاً اجتماعيّاً بالدرجة الأولى.

فالمريض يعيش في بيئة اجتماعية تتأثر بمرضه ويؤثر فيها من خلال تعاملها تجاه

المريض، وتأثيرها في مركزه ودوره الاجتماعي.

فالطبيب المعالج لا بد أن يدرك أن العلاج الأول والحقيقي لهذا المرض لا يكون إلا من خلال المنظور الاجتماعي، وإمكانية تكييف المريض مع المرض أو مع البيئة المحيطة به، وتعد هذه الملاحظة أمراً بالغ التعقيد، وتتطلب مهارة في العلاج، ووعياً من الطبيب الذي يشرف على عملية العلاج، كما يتطلب وعياً من البيئة الاجتماعية المحيطة بالمريض والتي يجب أن تدرك طبيعة المرض وكيفية التعامل معه .

((وإذا لم يحدث التكيُّف البيولوجي، فإنه يرجع إلى قصور في السمات الشخصية للناس، ويرجع أيضاً إلى درجة التلاؤم بين الشخصية وبين الوضع الاجتماعي الذي يحتله في المجتمع)) [32].

ومن بين أهم عناصر العلاج لهذا المرض هو التكيف مع البيئة، والمحيط الأسري الذي نادراً ما يحدث نظراً لعدم توفر الظروف الملائمة والثقافية الواسعة عند كثير من الأسرة والمرضى والأطبَّاء.

إن مرض السرطان كغيره من الأمراض بالرغم من الصيت الواسع الذي تحصَّل عليه بسبب عدم تفهُّم الناس لطبيعة المرض، وهذا القول لا يعني أن مرض السرطان من الأمراض الهيِّنة، ولكن طبيعة مرض السرطان تتطلب وعياً وعلاجاً نفسياً أكثر من العلاج الطبي، فتقبُّل المريض لمرضه أمر لا بد منه، وهو الدفعة الأولى على طريق العلاج.

وأول خطوة من خطوات العلاج تتوقَّف بدرجة كبيرة على إدراك الطبيب للمرض، وسرعة تلافي الصدمة الاجتماعية، واستخدام الحس الاجتماعي لعلاج المرض، والطريقة التي يصارح بها المريض من حيث إخباره بموضوع مرضه من عدمه، أو إخبار أسرته بموضوع مرضه، وكيف يمكن إيصال هذه المعلومة إلى المريض، وكيف يمكن أن يصل الطبيب مع أسرة المريض والمريض نفسه إلى صياغة معيَّنة لتعريف المرض ومدى خطورته، وكيفية علاجه بالطرق الصحية والاجتماعية مع المحيط الذي

يلف المريض وبيئته .

إن أمراضاً مثل مرض السرطان تسبِّب الإحباط والقلق واليأس من الحياة، ويكفي أن يعلم المريض أنه مصاب بمرض السرطان حتى يصبح على موعد قريب جدّاً مع الموت حسب اعتقاده، وذلك لأن السرطان يعني لكثير من الناس الموت المبكر.

مع العلم أن مرض السرطان قد يُصاب به صغار السن، ويمتد معهم سنوات عديدة، وكثيراً ما نسمع عن أناس مصابين بالسرطان وعاشوا فترة طويلة جداً، وكأنهم لا يشكون من أي مرض.

ومهما تكن الحال فإن يأس الإنسان في الخلاص من الموت، وإصابته بالقلق والإحباط، كل ذلك ناتج من عدم تفهُّم البيئة الاجتماعية لنوعية المرض وأسبابه ونتائجه، وكيف يمكن التعامل معه في محيط البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها المصاب.

((ويعتبر القلق النفسي من أكثر الأسباب التي تؤدِّي إلى ارتفاع ضغط الدم وما يصاحبه من أمراض)) [33].

فكلما كان المريض قلقاً بسبب موضوع مرضه أدَّى ذلك إلى ضعف قواه البدنية مما يؤدِّي في نهاية المطاف إلى موته.

فالقلق يكثر وينمو ويتنامى في حالة عدم توضيح ماهية المرض للمريض، فالطبيب المؤهل والقادر على توعية المرضى الذي يدرك أن العامل الاجتماعي والنفسي والبيئي مهم جداً في العلاج من القلق والاكتئاب ويريح المريض ويعطيه دفعة قوية وأملاً للاستمرار بالحياة كإنسان طبيعي لا يشكو من أي مرض.

فأقل خطوة على طريق العلاج هي توعية المريض بنوعية المرض ومسبباته وأخطاره، وكيف يمكن التعامل معه، وكيف يمكن للمريض أن يهدِّئ من توتره تجاه المرض، وهنا يبرز أهمية الوعي الاجتماعي والثقافي عند الطبيب والممرِّضة في

حتواء المرض والمريض، بحيث يتفهم أسباب المرض والطريقة المُثلى للعلاج، ودمج ـريض بين أفراد المجتمع ونشر الوعي الاجتماعي بين الناس والمرضى حتى يستطيع أن يكون مؤهلاً للمكانة التي يرتادها.

ومن ثم تأتي الخطوة الثانية من خطوات علاج المريض المصاب، وذلك بتوعية ـسرته بخطورة المرض، وكيف يمكن أن تخلق الأسرة الجو المناسب للمريض بحيث لا يشعر بأي تغيير يطرأ على مركزه في الأسرة، وتمده الأسرة بالقوة المعنوية التي تساعده في الاستمرار بالحياة التي لا يمكن أن يتجاهلها أي إنسان حتى ولو كان مريضاً.

والخطوة الثالثة للعلاج تأتي لنعالج المحيط الاجتماعي والبيئة الاجتماعية التي يعيش بها كل المرضى والأطبّاء.

وتخفيف حدة التوتر والقلق الذي يعاني منه المريض تقام بعض ((حلقات المناقشة والترويح والأنشطة الخلاقة المختلفة خاصةً بالنسبة للمرضى المقيمين بالمستشفى لفترات طويلة نسبياً كنزلاء دور الصحة النفسية ومصحّات الدرن مما يساعد على رفع الروح المعنوية))[34].

وفي واقع الأمر فإن المرضى بشكل عام يحتاجون ((لخدمات متكاملة لمريض القلب أو السرطان، وفريق عمل متكامل اجتماعي ونفسي وإرشادي بجانب الخدمة الطبية حتى نطمئن لجدوى العلاج بالعقاقير))[35].

وفي واقع الأمر لا يستطيع أحد أن يُنكر فعالية العلاج بالعقاقير إذا ما أحسن الطبيب التصرُّف مع المرضى، فالمريض عند زيارته للطبيب يحتاج إلى شخص متفهم يفضي له بمشاكله وهمومه ويقيم معه علاقة صداقة يستطيع من خلالها أن يبوح للطبيب بكل ما في صدره من هموم ومشاكل وأمراض.

ولعل أمراض العصر الحديث كانت معظمها نتاجاً لتدهور في أوضاع الإنسان

الاجتماعية والاقتصادية والنفسية، فأمراض ضغط الدم والسكري والإيدز وغيرها من الأمراض كلها وكثير منها تصيب الإنسان لتدهور أوضاعه المعيشية، وولوجهِ لدنيا جديدة تحمل في طيَّاتها خفايا لا يدرك خطورتها إلا في وقتٍ متأخرٍ.

وقد لا ينجو الإنسان في كثير من الأحيان من براثن هذه الأمراض، ويكون ضحية سهلة المنال، ومما يساعد على انقضاء أجله بسرعة تدهور الحالة النفسية الذي يتبعه - بدون أدنى شك - تدهور حالته الصحية، ويكون ذلك بعد أن ينقطع عنه الأصدقاء والأطبَّاء والأهل، إما بسبب خطورة مرضه، أو بسبب فقدانه للدور الذي كان يلعبه في المجتمع والمكانة الاجتماعية التي كان يحتلها، ويتبعه - في أغلب الأحيان - فقدان المركز الاجتماعي الذي كان يتمتع به هذا الشخص سواءً في محيط الأسرة أم العمل أو على المستوى الشخصي مع أقرانه وأصدقائه.

((فبعض المرضى يحتاجون إلى دعم نفسي واجتماعي ومادي بعيداً عن كلمات الطمأنة والمريض يحتاج إلى طرق إرشادية عملية لحل المشاكل واتخاذ القرار)) [36]

ب- مرض الإيدز:

تعريف المرض:

" الإيدز(AIDS) كلمة إنجليزية تختصر الكلمات التالية :

Acquired Immune Deficiency Syndrome

ويقابلها في اللغة الفرنسية سيدا، وهي تختصر الكلمة التالية :

Syndrome immuno – deficitaie acquise

وهذا المرض تطلق عليه وسائل الإعلام العربية اسم)) نقص المناعة المكتسبة، أو فقدان المناعة المكتسبة... ثم أن مرض القصور في المناعة المكتسبة هو مرض ناتج عن إصابة بفيروس مميز)) [37] .

ويمكن أن نعرِّف مرض الإيدز بمرض العصر الفتَّاك الذي يقضي على الإنسان

نفسياً واجتماعياً بمجرَّد سماع اسم المرض بالنسبة للمريض، ولعل التعريف العلمي للمرض أو التعريف الطبي إذا صح القول يختلف كثيراً عن التعريف الاجتماعي.

فبينما يرى المختصون في الطب والأمراض أن مرض الإيدز هو نقص في دفاعات المناعة عند الإنسان، فإن علماء ومفكري علم الاجتماع لهم نظرتهم في مرض الإيدز، فمن وجهة نظري فإن الإيدز آفة اجتماعية ملعونة تصيب الإنسان المنحرف اجتماعياً - في أغلب الأحوال - أو الشخص المدمن على المخدرات، أو قد يصيب الإنسان بطريق الخطأ كنقل الدم أو ما شابه ذلك، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن الإيدز هو مثير للاشمئزاز الاجتماعي، والعاطفة الاجتماعية نحو المصابين.

فمصاب الإيدز هو شخص يدعو للشفقة أكثر من كونه مذنباً في حق نفسه، ومجتمعه ودينه، فالإيدز مرض اجتماعي خطير تفشَّى في المجتمعات الحديثة في الفترة الأخيرة من القرن الماضي، وأصبح ينتشر وبشكل كبير.

ولعل مرض الإيدز هو أكثر الأمراض خطورة في العالم اليوم، ويعني الموت لدى الكثيرين ولاكتشاف المرض بسرعة قبل فوات الأوان أو انتشاره في الجسم بالكامل، لابد للمريض أن يكاشف الطبيب بنوع مرضه، والأعراض التي يشعر بها، فالتشخيص المبكر قد يحد من المرض أو يضع حداً له إلا أنه في مجتمعاتنا الشرقية يخشى الفرد من الواقع الاجتماعي الذي يعيش فيه ((ويعتمد التشخيص المبكر مبدئيّاً على المريض، فعليه أن يفاتح الطبيب بأنه يشعر بعرض ما. هذه المُفاتحة الأولى قد تتأخر لأسباب مختلفة، أهمها غالباً الخوف))[38].

فالعلاج المتوقع لمريض الإيدز يختلف تماماً عن علاج المريض العادي، كون مريض الإيدز يحتاج لنوع خاص من المعاملة والثقة في النفس، والشخص المعالج، وربما لا يوجد مفر من العلاج بالطرق الاجتماعية وهو يعرف بالعلاج الاجتماعي للمرض.

وفي هذا النوع من العلاج ((تتحوَّل أقسام المستشفى العادية إلى مجتمعات محلية علاجية بحيث يعاد في الغالب تشكيل الوضع المكاني المحسوس ولو بدرجة ضعيفة

بحيث يزود بإمكانات أشبه بالبيت، فتوضع أبواب لحجرات النوم، وتعلق عليها الصور على الحوائط مثلاً، ويقوم الأفراد بارتداء ملابس الخروج، ويعمل المرضى كل أسبوع في أعمال معينة ويحضرون جلسات العلاج النفسي ويشتركون في أنماط ترفيهيه متنوعة كما أنهم يشتركون في (اجتماعات المدينة) حيث يساعدون في عملية اتخاذ القرارات بخصوص القواعد والأنشطة والجداول والمشكلات والأمور الشبيهة بذلك... ويعامل أعضاء هيئة المعالجين المرضى باحترام، ويعلمونهم السلوك الصحي المسؤول، وحينما تسيطر هذه المستويات على حياة المستشفى يبدأ المرضى في توقيع استجابات تكيفية من أنفسهم وزملائهم المرضى))[39].

ناهيك عن كون المريض يتعرَّض إلى صدمات نفسية حادة إلى جانب المرض العضوي والقلق الاجتماعي، وبذلك يصبح بحاجة إلى علاج نفسي أولاً كي يتمكن المعالج الطبي أو الاجتماعي من ممارسة عمله وتشخيصه الحالة ووصفه العلاج المناسب.

وكما لا يخفي على أحد أن المصابين بمرض الإيدز يمرون بحالات نفسية قاسيه ومؤلمة ويصبح من الصعب أن تتحدَّث معهم أو تحصل على معلومات منهم وخاصة في الفترة الأولى لاكتشافهم المرض.

لذلك لزم تدخُّل المعالج النفسي الذي يمهِّد الطريق للعلاج الطبي والاجتماعي.

((ومما يؤخذ على النظم الطبية العصرية اهتمامها بشكل مفرط بالجوانب العضوية (المرضية) المحصنة، أما الجوانب الثقافية الاجتماعية للمرض وعلاجه فلا تحظى إلا باهتمام يسير))[40].

((إن الأشخاص المصابين بالعدوى أو بالإيدز أو بالحالات المرتبطة بالإيدز قد يكونون في جماعات موصومة اجتماعياً وقد يكونون منفصلين عن أسرهم، وظلوا يعيشون في الخفاء وهؤلاء قد تصبح دوافعهم لطلب الإرشاد أو الاختبار أو العلاج واهية إذا ما استشعروا احتمال تعرضهم للعدوان أو لتقيد سلوكهم أو حتى لاحتمال السجن إنهم يحسون عادةً بأنهم منبوذون اجتماعياً ويخافون من افتضاح أمرهم))[41].

إن المريض المصاب بالإيدز ليس مريضاً عادياً فهو حسَّاس لكل ما يدور من حوله، يرى العالم كما لو كان قد وجد فيه لأول مره وهو فاقد الثقة بكل الناس وبالمجتمع وحتى بنفسه، وهو شخص يائس من الحياة.

فالتعامل معه لا بد أن يكون من نوع خاص، وهذا يجرنا للحديث عن شخصية الطبيب أو المعالج أو الأخصائي النفسي والاجتماعي.

((ومن المهم انتشار الوعي الطبي الكافي بين الأطبَّاء عن حقيقة أمراض نقص المناعة وطرق اكتشافها والتحاليل الطبية الحديثة التي تؤكد إصابة الجهاز المناعي في الإنسان))[42].

وذلك حتى لا يكون هناك أي خطأ في التشخيص والعلاج الاجتماعي أو الطبي، فكما أسلفنا أن مجرَّد سماع كلمة إيدز في حياتنا تثير الرعب والاشمئزاز بين الناس، وأن المرض بصفة عامة غير مرغوب فيه أو هو زائر غير مرغوب في زيارته، فما بالك إذا كان هذا الزائر يخطط لقتلك أو سلبك حياتك السعيدة في بيتك ووسط أسرتك.

إنه ولا شك شعور لا يحس به إلا كل من يعانيه، فوصفنا له لا يتعدَّى كونه وصفاً لحالة مريض مصاب بمرض نقص المناعة، وصفاً خارجيّاً لحالته، بينما يصعب علينا أن نصف جروحه الداخلية، ومدى النزيف الذي يقطر بداخله، كل هذا وغيره أمور يصعب علينا وصفها.

إلا أن الطبيب والأخصائي النفسي أو الاجتماعي لا بد أن يكون على دراية كاملة بالمرض وبالعوامل النفسية والاجتماعية والثقافية لحاملي المرض كي لا يقع فريسة الجهل بالعلاج المناسب لنوع المرض.

وحتى إذا كان مرض الإيدز مرضاً منبوذاً اجتماعياً وأياً كان السبب الذي انتقل به المرض إلى الشخص المصاب فهو في نهاية المطاف شخص يعاني جرح الذنب إن وجد وجرح الألم من المرض.

ويجب علينا ألا ننظر إلى المريض على أنه شخص شاذ أو منحرف جنسياً أو أنه أقترف ذنباً ولا بد أن يحمل وزره بنفسه.

إن هذه النظرة لا تفيد الشخص المعالج أو الطبيب أو الرجل المثقف الدارس لعلم الاجتماع الطبي.

إن المصاب بالإيدز هو شخص وقع ضحيةً للمرض والإصابة سواء جرها لنفسه أم أنه أصيب بها بطريق الخطأ أو استعمال أدوات تحمل الفيروس.

لا بد لنا أن ندرك أن المرض مهما كان فهو نغصة في حياة الإنسان وهو يجر إلى الكدر والهم، فالمهم أن يدرك المعالج أو الطبيب أن أسباب نشأة أو التقاط العدوى ترجع في كثير من الأحيان إلى أسباب اجتماعية أو ثقافية، فكثير من المجتمعات الغربية لا تفرق في ثقافتها بين الرجال والنساء، فيمكن للرجل أن يعاشر المرأة أياً كانت، وفي أي وقت إذا رغبت هي في ذلك، كما أن هناك الكثير من العادات الاجتماعية التي تكون هي الأخرى أساساً في الإصابة بالمرض كعادة الإدمان على المخدِّرات والمشروبات الكحولية، بالإضافة إلى ضعف الرقابة الصحية في كثير من المجتمعات التي يعاني فيها الإنسان من انتقال الوباء عن طريق معدَّات طبية غير معقمة.

إن إدراك الطبيب لانتقال هذه الأمراض وغيرها بأسباب اجتماعية وثقافية يعطيه خلفية كبيرة وواسعة عن كيفية علاج تلك الأمراض وبطرق اجتماعية وثقافية.

فكثير من هذه الأمراض لا تصلح للعلاج بالعقاقير الطبية وإنما يبقى العلاج الاجتماعي هو الحل المؤقت لبعض الأمراض إلى جانب العقاقير التي تعمل كمسكن للألم أكثر من كونها علاجاً، وحتى هذه الأمراض التي نحن بصدد الحديث عنها قد يكون من الصعب علاجها إن لم يكن من المستحيل – في الوقت الحاضر على الأقل – إلا أنه يمكن أن تجعل الإنسان يعيش ما تبقى له من حياة، وهو يحدوه الأمل ونمنحه راحة نفسية، واجتماعية وحياة عادية مع باقي أفراد المجتمع. ويهيأ له الجو الذي يبعد عنه شبح الموت الذي يطارده في كل وقت.

إن أهـم مـا ينبغـي عملـه هـو تهيئـة الأطبّـاء والمعـالجين والأخصـائيين النفسـيين والاجتماعيين لإتقان هذا النوع من العلاج، وكذلك توصيل هـذه الأفكـار والعلاجـات إلى أسـرة المـريض بطـرق الاتصـال المختلفـة، وتوعيـة المجتمـع وبكـل الطـرق لاسـتيعاب المرض وكيفية علاجه.

وكمـا نعلـم أن كـثير مـن الأمـراض والـتي يعـاني منهـا كـثير مـن النـاس اليـوم أصبحت في وقتنا الحاضر أمراضاً عادية بـالرغم مـن أنهـا كانـت في وقـت مـن الأوقـات أمـراض مرعبـة و فتاكـة، كمـرض السـكري وضـغط الـدم وغيرهـا، بـل أصـبح الآن يطلق عليها (أمراض شعبية).

فجهل المريض بهذا المرض وطرق العلاج يدعو الإنسـان إلى الخـوف والرهبـة وعـدم القدرة على وصف العلاج وتظهر الضغوط النفسية واضحة على الإنسان ويصاب بالقلق.

((أمـا عـن الانفعـالات البالغـة الخطـورة هـي عنـدما تصـل إلى إصـابة الخلايـا المفـرزة للأنسولين فتشل حركتها ويتوقف إفرازها وينتهي الأمر بالإصابة بمرض السكر)) [43]

وبهذا يصبح موضوع تواتر الحياة وضغوطاتها القاسية على صحة الإنسان وسـلامة الصحة النفسية عنده أمراً مرهوناً بقدرته على تحمُّل أعباء الحياة وضغوطاتها المتلاحقة التي كثيراً ما تسبِّب القلق والاضـطراب النفسـي والعصبي وتـؤدِّي إلى الإصـابة بـأنواع مختلفة ومتعدِّدة من الأمراض كمرض القولون العصبي الـذي يصـاب بـه الإنسـان ((مـع ازدياد الضغوط النفسية والعصبية المصاحبة لارتفاع نبض الحيـاة الـذي أصـبح سمـة مـن سمات هذا العصر)) [44].

فإذا كانت بعض الأمراض التي تم ذكرها وغيرهـا تنشـأ بأسـباب غير عضـوية، ويرجع سبب الإصابة بها إلى أسباب اجتماعية وثقافيـة تـؤثر في صـحة الإنسـان النفسية والبيئية مما يجعلها تنعكس سلباً على صحة العضوية فتسبب الأمراض بشتى أنواعها.

أضف إلى ذلك الأمراض التي تنشأ بأسباب عضوية مرضية بحته تلك الأمـراض لا

شك أنها نشأت إما بسبب سوء في إفراز الغدد أو نتيجة تناول عقاقير معينة أدت إلى إصابة الإنسان بالمرض.

وباعتبار الفرد في المجتمع يعيش في وسط اجتماعي معين يتأثر به ويؤثر فيه، لذلك لزم علينا علاج تلك الأمراض بأسلوب اجتماعي وثقافي وجعل المريض يتقبل مرضه مهما كان.

وهناك أمراض أخرى أو ما يطلق عليها اسم العاهات الخلقية التي قد يولد بها الإنسان أو يصاب بها بعد ولادته أو التي يتعرض لها أثناء فترة الحمل، التي يطلق عليها أمراض ولاديَّة كبتر الأطراف أو فقد أحد العينين أو غيرها و التي يتعرض لها الإنسان خلال حياته، التي لا يمكن علاجها بالوسائل الطبية المتاحة. فالإنسان يستطيع العيش في وسط اجتماعي معين وهو لا يشعر بأي نقص بالرغم من كونه فاقداً لأحد أعضائه التي هي أساس في حركته واكتمال شكله الإنساني، إلا أنه يتعايش في هذا الوسط من خلال الإرشاد النفسي والاجتماعي والعلاج الاجتماعي، هو الوحيد القادر على أن يبعث الثقة في نفس المريض، ويجعله يتقبل مرضه أو عاهته، ويندمج في المجتمع كغيره من الأفراد الفاعلين.

وقد يفشل العلاج الاجتماعي أحياناً إذا أسيئ استخدامه، أو لم يطبق بالشكل الصحيح، أو إذا كان المصاب غير مهيأ نفسياً للحياة في ظل الظروف الجديدة التي يعيشها مما يجعله يفقد ثقته في نفسه، ويؤدِّي به ذلك إلى اليأس ويفضي به الأمر إلى الموت.

إن مرض الإيدز هو مرض الموت، ولكنَّ الأمل الذي يُبعث في النفوس يجعل الإنسان يعيش ما تيسر له من بقية أيامه في سعادة، بالرغم من ما يمر به من أزمات نفسية قاسية، وربما لا تكون تلك السعادة حقيقية إلا أنه لا يفقد الأمل، ويتقبل العلاج النفسي والاجتماعي الذي يؤدِّي به إلى استيعاب المرض والتغلب على مضاعفاته.

ومهما يكن من أمر ؛ فهذه الأمراض التي تم ذكرها ما هي إلا نماذج من

الأمراض التي قد تنشأ بأسباب اجتماعية وثقافية، أو أمراض تنشأ بأسباب عضوية وتعالج بطرق اجتماعية وثقافية أو أسبابها تكون اجتماعية ثقافية وتعالج بأسباب عضوية وطبية.

الصحة والمرض من الجانب الاجتماعي.

لعل نظرات الناس لموضوع الصحة والمرض تختلف من فرد إلى آخر، فهي مرتبطة بالقيم والمفاهيم الاجتماعية لهذه المصطلحات.

فضغوط الحياة اليومية وكثرة الالتزامات، والمشاكل المتلاحقة في العصر الحديث أدَّت إلى ظهور العديد من الأمراض والمشاكل النفسية.

((وتعتبر المشاكل الصحية المنتشرة في الكثير من المجتمعات المعاصرة دليلاً على التخلف الاجتماعي و تدني مستوى المعيشة و سوء توزيع الثروة بين أفراد المجتمع. وتعد الرعاية الصحية تبعاً لذلك جانباً متأثراً بالحياة الاجتماعية سلباً وإيجابياً فالفقر مثلاً يفرض على الإنسان أن يعيش في مسكن غير صحي وأن يحرم من الغذاء الجيد إن لم يحرم من الحصول على الغذاء بشكل كامل))[45].

وقد تعدَّدت الدراسات التي تبحث عن سبب انتشار أمراض معينة بين الأفراد في المجتمع عن غيرها، كما انتشرت دراسات للبحث أو التعرف على انتشار أمراض جماعية كبيرة وعلى سبيل المثال ((اهتمام الدارسين بدراسة سبب ارتفاع معدلات الوفيات بين غير المتزوجين عنها بين المتزوجين، ولماذا ترتفع معدلات الوفيات بين غير المتدينين عنها بين المتدينين، وتفسر هذه الاختلافات بين الجماعات في ضوء درجة التعرض للمرض والتي تتفاوت بحسب شدة هذه الدرجة)) [46].

ومنها الأمراض التي تحدث نتيجة للضغط النفسي والعصبي التي تؤدِّي إلى ارتفاع ضغط الدم أو مرض السكر إذا ما تعرض الإنسان إلى التوتر والانفعال وبشكل مستمر.

ولكن هذا ليس قاعدة ؛ فالاستعداد النفسي والعصبي هو المسؤول عن الإصابة، وليس التوتر المستمر والضغط العصبي المتواصل هو الذي يؤدِّي إلى إصابة الإنسان بالمرض.

((وهناك مدخل آخر يفسِّر تباين درجة إصابة الأفراد بالمرض في إطار عدد من التغيرات السوسيو اقتصادية كتلك التي تربط باختلاف طريقة الحياة وتباين أنماط الاستهلاك الغذائي بين الجماعات المختلفة من السكان)) [47].

إن تغير أنماط الاستهلاك من فرد لآخر، وسوء الحالة الاقتصادية وتباينها بين أفراد المجتمع تؤدِّي إلى مشاكل نفسية وعصبية وأخلاقية كثيرة وقد تكون من أسباب تفشِّي الأمراض والخلافات الأولى في الوقت الحالي.

إن عدم قدرة الفرد على امتلاك مقدرات الحياة الأساسية كالمسكن والسيارة والوظيفة التي يعبر من خلالها عن شخصية ومكانته الاجتماعية وغير ذلك، تؤدِّي إلى تأزم نفسية الإنسان على عكس من يملك كل هذه القدرات، فالنمو المتسارع للتقنية والحداثة في ظل العولمة أدَّى إلى ظهور أنماط استهلاكية لم تكن معهودة من قبل مما أدى إلى تكالب الإنسان على امتلاكها، وأصبحت كجزء من الأساسيات.

فوسائل الاتصال الحديثة ووسائل المواصلات، وغيرها أصبحت ضرورية بالنسبة للإنسان، ومن لم يمتلك هذه التقنية وبرفاهية عالية يكون كمن لم يمتلك شيئاً في هذه الدنيا، ويصاب بإحباط شديد ينشأ على أثره المرض النفسي والقلق والضغط العصبي الذي يفضي إلى آلام وأمراض عضوية أخرى، خاصة إذا كان هذا الشخص متزوِّجاً ويعول أسرة، فإن مطالبه تكبر وتزداد.

((كما يعتبر التدرج الاجتماعي من أهم العوامل التي تؤثر في التعريف الاجتماعي للصحة والمرض، فنجد مثلاً الأفراد الذين ينتمون إلى الطبقة الاجتماعية الدنيا أقل استجابة لأعراض المرض لأنهم يرون أن هذه الأعراض تحتاج منهم الذهاب إلى طبيب لتحديد ما إذا كانوا مرضى فعلاً أم لا، وهذا ربما يكلفهم أولاً أو على الأقل

تضطرهم إلى أخذ إجازة من العمل، ربما هم في حاجة إلى هذا العمل نتيجة للمسؤولية التي يحملونها)) [48]، أيضاً في هذا يتدخل العامل المادي ليعيق عملية العلاج أو طلب المساعدة الطبية من الطبيب.

((ويرى " اليش " أن حالة العلاج الذي يسبب العلل والأوجاع لها ثلاثة مستويات، الأول يصفه " اليش " بالعلاج الذي يتسبب في العلل من الناحية الإكلينيكية ومثال ذلك، أن العاملين بالمهن الطبية يخفون حقيقة أن كثيراً من وسائل العلاج الطبي الحديث في هذه الأيام قد لا تكون فعالة، بل قد تكون خطيرة من زاوية الآثار الجانبية السلبية التي تتولد عنها، أما المستوى الثاني فهو يتمثل في العلاج الذي يتسبب في العلل والأوجاع من الناحية الاجتماعية **Social iatrogensis**، ويتمثل ذلك في نمو أنشطة وأعمال المشتغلين بمهنة الطب استجابة لحاجات التصنيع المتزايدة، فقد أفرز هذا النمو جماعات من المستهلكين السلبيين المعتمدين على نظام الرعاية الصحية التي تتجلى آثار إضفاء الصفة الطبية على حالات المعاناة الفردية في تزويد اعتماد الأفراد على العقاقير الطبية، وتزايد لجوء الأفراد إلى الطب خلال فترات حياتهم، وبخاصة عندما يتقدَّم بهم العمر حيث ينظر الأطبَّاء إلى مرحلة الشيخوخة على أنها مصدرهم للمشكلات الصحية)) [49].

((وتلعب العوامل البيئية والاجتماعية دوراً في مجال الصحة والمرض في الدول المتقدمة، ففي انجلترا مثلاً تجد أن هذه العوامل هي المسئولة عن العديد من أنواع الأمراض الشائعة... فتظهر العلاقة بين مستوى المعيشة ومخاطر المرض في اختلاف بين الطبقات الاجتماعية في الصحة وفي معدلات الوفيات ويشير ذلك إلى أن العوامل البيئية في المنزل أو العمل مازالت تلعب دوراً هاماً في التأثير على مخاطر المرض و الوفيات)) [50].

ولعل تأثير العامل الاجتماعي في الإصابة بالمرض أكثر من العامل البيئي فالتدخين على سبيل المثال بشتى أنوعه مثل (السيجارة والشيشة والمضغة والنشوق) كلها آفات

انتشرت في المجتمعات العربية بشكل كبير نتيجة لتراكم الضغط اليومي لظروف الحياة، ولا يخفى على أحد أن التدخين مضر بالصحة، ويفضي التدخين بالمدخن إلى أمراض سرطانية خطيرة، وأمراض جلدية والتهابات في الشعب الهوائية.

كل ذلك سببه الأمراض الاجتماعية ومشاكل الإنسان اليومية كما انتشرت هذه الآفة (التدخين) حتى بين النساء، فقد أثبتت دراسة على المجتمع المصري أن ((مجتمع المدخنين في أوائل السبعينات حوالي **9** ملايين مدخن كما يلي :-

- يدخن السجائر حوالي **7** ملايين و**596** ألف مدخن أغلبهم في المدن والحضر.
- مدخن الجوزه والشيشة وغيرها حوالي مليون و **242** ألف مدخن، وأغلبهم في المناطق الريفية، ولكن هذه العادة في الأونة الأخيرة بدأت تنتشر بين الطبقات الراقية في الأماكن العامة في المدن كما تدخن المرأة الريفية الجوزة أكثر من المرأة الحضرية)) [51].

وبالرغم من ذلك فإن كثير من المدخنين إن لم نقل كلهم يعلمون مخاطر التدخين و التي تتمثل في قرحة المعدة والأثنى عشر، وسرطان البلعوم والمريء، وسرطان البنكرياس، والجلطات بالشرايين وسرطان الحنجرة والربو الشعبي وأورام المثانة وغيرها من الأمراض الناتجة عن هذه الآفة.

وبالرغم من ذلك فإن المدخن لا يقلع عن هذه العادة لأنه يرى فيها – حسب رأيه – أنها تنسي الهموم والمشاكل والأزمات الاجتماعية التي يمر بها، وقد تساعده على التفكير وهي مهرب من كل كدر وضيق للإنسان.

وقد يكون المدخن في قرارة نفسه مقتنع بأن هذا الدخان الأبيض قد يفضي به إلى الموت إلا أنه يدمن عليه، ولا يستطيع تركه، وكل ذلك بسبب المشاكل الاجتماعية التي يتعرض له الإنسان جراء التغيرات المصاحبة للمجتمعات اليوم.

((الإيمان بأن دراسة الجانب الاجتماعي للمريض جزء مكمل للعلاج لا يمكن

إغفاله عند وضع خطة للعلاج)) [52].

وقد يكون العلاج الوقائي للأمراض ذات المنشأ الاجتماعي أو التي تعالج بطرق اجتماعية في التكاتف الاجتماعي والتكافل والترابط الأسري والذي يحد من مشاكل الإنسان الاجتماعية والنفسية كما أن توفير وسائل الترفيه وقضاء وقت الفراغ والعمل المستمر، كلها تؤدِّي إلى انخفاض نسبة المرض.

لا أنه كلما ((تآكل نظام الدعم الاجتماعي والنفسي يقلل من قدرة الأفراد والأسر والمجتمع في مواجهة المشاكل و عوقهم عن أداء أدوارهم وتدفع هذه المشكلات النفسية والاجتماعية بأصحابها إلى الهروب عن طريق تناول المواد المخدرة من حبوب أو حقن أو شم أو الإدمان في التدخين أو المشروبات الكحولية بأنواعها والتي تؤدِّي إلى تدهور حالتهم الصحية والنفسية و الاجتماعية)) [53].

تأثير العادات والتقاليد على الصحة والمرض :

إن العادات والتقاليد تلعب دوراً مهماً في عملية الصحة والمرض وهذا ربما يكون ملحوظاً بشكل ملفت للنظر في الوقت الحالي.

وإذا ما تحدثنا عن العادات والتقاليد في موضوع الصحة والمرض فإننا لا نعني هنا عادات الناس وتقاليد وكيف تؤثر عليهم بل نعني إلى جانب ذلك عادات الأطبَّاء وكيف تؤثر على سلوكهم مع مرضاهم.

وبالرغم من أن الأطبَّاء قد تحصلوا على نصيب من التعليم إلا أنهم أفراد يعيشون في مجتمع يؤثرون فيه ويتأثرون به، فعادتهم جاءت من المجتمع والتربية الوالدين، والمرضى يتعاملون داخل مجتمع يؤثر على صحتهم سلباً وإيجاباً بسبب العادات والتقاليد والموروث الشعبي.

وليس كل العادات والتقاليد تفضي إلى المرض، وليس كل الصحة بسبب العادات والتقاليد، فلكل مجتمع عاداته وتقاليده الخاصة وممارساته المميزة لنمط شخصيته

ومنها ما هو ظاهر ومنها ما هو غير ظاهر.

ونلاحظ أن الأفراد يلتزمون بهذه العادات والتقاليد بصورة تلقائية حتى أولئك الذين نالوا حظاً من التعليم.

((كان الجهل بالعادات والتقاليد ومازال أحد الأسباب الرئيسية في إخفاق نظم الخدمات الصحية في كثير من أنحاء العالم. عالمنا العربي غني بالعادات والممارسات التي لها علاقات سلبية وإيجابية بصحة الأطفال وصحة الأمهات وصحة المجتمع ككل)) [54].

فلكي تنجح أي ممارسة طبية لا بد من معرفة العادات والتقاليد في المجتمع الذي توضع له سياسات طبية معينة، وربما يكون من الأفضل تخصيص منهج دراسي لطلاب الطب في هذا المجال لزيادة الحصيلة العلمية عن عادات المجتمع وتقاليد الذي يعيش فيه وأيضاً سيكون من المفيد إعطاء فكرة مركزة للأطباء المغتربين الوافدين عن عادات وتقاليد المجتمع الذي يعملون فيه كي يسهل عليهم مهمة علاج المرضى المترددين على العيادات.

((إن إهمال المناهج في كليات الطب في بلادنا لموضوع العادات والتقاليد وتأثيرها على الصحة، إذ أن أغلب المراجع في الطب لكتاب غربيين وضعوها لمجتمعات تختلف تركيبتها السكانية وثقافتها تماماً عن مجتمعاتنا... ويرى المختصون في مجال طب الأسرة والمجتمع أنه كي يمارس طبيب الأسرة والمجتمع عمله بنجاح فإن معرفته بالعادات والتقاليد أمر لازم، وقد أدى ذلك إلى أن نشأ تخصُّص جديد يعرف اليوم في الآداب الطبي باسم الانثروبولوجيا الطبية **Medicad nthropology** وهو تخصُّص يعنى بأثر التقاليد والعادات على الصحة عموماً)) [55].

((ولكي يقوم الطبيب بدوره كاملاً في تقديم الخدمات الطبية لابد وأن يكون قادراً على تفهم طبيعة المجتمع ونظامه، فالمحيط يؤثر على سلوك الطب في المجتمعات لذلك نجد أعلى مستوى لمهنة الطب في المجتمعات الراقية وأقل مستوى في المجتمعات المتأخرة... ويعاني الأطبَّاء من العوامل المؤثرة في سلوكيات الناس عناء شديداً وأن

كفاح الطبيب ضد الخرافة يوازي بأهميته كفاحه ضد المرض)) [56].

ويعالج كثيرٌ من الناس المرض بطرق بدائية، أو ربما لا يعالجون تلك الأمراض، وقد يسود الاعتقاد بأن تلك الأمراض تعالج بطرق شعبية، بالرغم من خطورتها، ((وفي أحدى الرحلات البحثية إلى إحدى القرى النائية سأل المعاون الصحي في تلك القرية عمًا إذا كانت الحصبة منتشرة في المنطقة، فأجاب بأنها تكاد تكون منعدمة، إذا ليس في سجله سوى بضع حالات، وعند زيارة بعض البيوت في القرية أتضح أن الحصبة منتشرة بشكل وبائي، والسبب في خلو سجل المعادن الصحي من حالات، أن الحصبة من الأمراض التي لا يذهب بها الأهالي للمعاون الصحي أو إلى المستشفى، فهي من الأمراض التي يدور حولها الكثير من الاعتقاد في المسببات والعلاج، فالأطفال المصابون لا يلامسون الماء ولا يخرجون في ضوء الشمس، ويموت الغالبية منهم من حدة المرض وضعف المقاومة)) [57].

فهذه العادات والتقاليد منها ما هو ضار، ومنها ما هو نافع، ويمكن الاستفادة منها، فليس كل العادات والتقاليد ضارة، وليس كل العادات والتقاليد نافعة، ويمكن تصنيفها على النحو التالي :-

أ- عادات وتقاليد نافعة (مفيدة).

وهي التي يمكن الاستفادة منها وتشجيعها وتضمينها في المناهج الدراسية وفي تقديم الخدمات الصحية.

ب- عادات لا ضارة ولا نافعة.

وهذه يمكننا تجاهلها أو تضمينها للخدمات والمناهج حسب الظروف وإمكانية الاستفادة من عدمها.

ج- عادات وتقاليد ضارة.

وهذه يجب محاربتها والقضاء عليها ومكافحتها بكل الوسائل بالإقناع

والامتناع، لأنها غير مجدية ولا فائدة فيها.

إن الطب الحديث لا يُنكر دور بعض العادات الجيدة ويشجعها، ويستفيد منه في علاج المرض، فمعرفة الطبيب لتلك العادات والاستفادة منها يساعده على علاج مرضاه والتقرب منهم، وفي إمكانه نصحهم لتجنب كل ما هو ضار وسلوك الطريق الصحيحة في الحياة لينعم الإنسان بالصحة، وليس من الضروري التمسُّك بالعادات لعدم وجود ما يقابلها في مجال الطب، ولكن لتمسك بعض الناس بعاداتهم فلا مناصَ من الاستفادة منها إلى وقت معين، إلا أنه يوجد في عالم الطب اليوم والبحوث المستمرة، ما يمكن أن يغني عن كل المعتقدات والتقاليد، وإذا ما نظرنا نظرة سريعة إلى المجتمعات المتحضرة فسنجد أن تعاملاتهم اليومية خالية من المعتقدات والتقاليد التي عفا عليها الزمن، واتجهت هذه المجتمعات إلى الطب الحديث لتستفيد بكل ما هو متطوِّر، ويساعد للحفاظ على صحة الإنسان وصحة بيئته.

((وقد فطن رواد الأنثربولوجيا إلى العلاقة بين الممارسات الطبية والمعتقدات عند الشعوب الأمية وحمل ريفرز **W.H.Rivers** لواءها منذ عام **1927** حينما قدم دراسة بعنوان (الطب والسحر والدين) يركز فيها ـ كطبيب وكانثربولوجي ـ على دراسة الطب كنسق ثقافي)) [58].

العوامل الثقافية وأثرها على صحة ومرض الإنسان

لمعرفة عوامل الثقافة وكيف تؤثر على صحة ومرض الإنسان لابد لنا أولاً أن نعرف معنى الثقافة كما عرَّفها كثيرٌ من المفكرين حتى يتسنى لنا الولوج إلى عمق العوامل الثقافية عند الإنسان، وكيف تؤثر على الصحة العامة، وكيف تُمرض الإنسان تبعاً لنوع الثقافة وتعدد المفهومات، ويعرِّف جراهام ولأس **Graham Wallis** الثقافة على أنها تراكم الأفكار والقيم والأشياء أي أنها التراث الذي يكتبه الناس من الأجيال السابقة عن طريق التعليم)) [59].

كما عرَّفها دي روبرتي **De Robrty** ((بأنها حصيلة الفكر في المجالين النظري

والعلمي على حد سواء، وعلى ذلك فإنها تعتبر خاصة من خواص الإنسان دون غيره من الكائنات)) [60].

ومن هنا نلحظ أن الثقافة هي كل ما يميز فكر الإنسان عن غيره من الكائنات ومن التراكم المعرفي الذي وصل إليه الإنسان عن طريق التعلم، وهو حصيلة جهود متواصلة دأب الإنسان على الاستفادة منها لبناء معارفه، وتنمية مداركه لخلق تراكمات معرفية وثقافية بناءة.

ومن هذا المنطلق نلاحظ أن لكل مجتمع عاداته وتقاليده وثقافته التي يعتز بها، وهذه الثقافة هي التي تحرك دوافع المجتمع، وتميزه عن غيره من المجتمعات، بل وحتى المجتمع الواحد توجد به عدة ثقافات مختلفة، ولا نبالغ إذا قلنا إن الجماعة الواحدة تحتمل عدة ثقافات مختلفة باختلاف أفرادها وبيئتهم الاجتماعية والأيديولوجية.

ومادام الأمر على هذا النحو فإن هذه الثقافة تكمن في المحرك الأساسي حتى في موضوع الصحة والمرض بالنسبة للإنسان.

والاهتمام الأبرز في هذا الموضوع؛ هو كيف يمكن أن تؤثر أساليب الحياة الثقافية على استجابة الإنسان للصحة والمرض؟ ((وإن النماذج الثقافية وأساليب الحياة الاجتماعية تؤثر في تصورنا للمرض واستجابتنا له، وتغيرنا عنه، وبالتالي الحكم على الحالات وتصنيفها بحالات مرضيه أو غير مرضيه... ومن أمثلة تأثير الثقافة على الصحة والمرض أن كثير من الأمريكيين المكسيكيين يعرفون أمراضاً كثيرة لا تحدث بين الأمريكيين من أصل أوروبي مثل الحديث عن العين الشريرة التي يعتبرها البعض من الخرافات بينما يعتبرها المكسيكيون أمراً خطيراً، ويمكن أن يقبل معظم الأوربيين أن سبب مرض السل هو عصبيات بكترية خاصة ولكن يمكن أن لا يقبل الرجل الأفريقي هذا التعليل)) [61].

من خلال هذين المثالين في ثقافة المحليين نرى تبايناً في تفسير حالات المرض، وكيف يمكن أن يؤدّي الانحراف في ثقافة معينة إلى تحويل مفهوم المرض إلى أمر

عادي، وعلى العكس من ذلك أن بعض الثقافات تنظر إلى كل ما هو مخلٌ بالصحة أمر غير عادي، ويستدعي زيارة الطبيب.

((ومن ناحية أخرى فإن دور الثقافة السائدة في الريف المصري على سبيل المثال يتجلى في انصراف الناس عن النسق الطبي الرسمي، لتجاهله لطبيعة البناء الاجتماعي والثقافة الريفية)) (62).

فتجاهل الثقافة الاجتماعية السائدة أو عدم القدرة على التعامل معها من قِبل الطبيب يفقده القدرة على استمالة الناس إلى التعامل مع النسق الطبي بشكل سريع متكامل كما يفقده المهارة المطلوبة في العملية العلاجية .

فربما توجد ثقافة معينة لا تقبل أن تتعامل مع العيادات الخاصة، وتدفع أموالاً في سبيل العلاج الطبي، والحصول على المساعدة من الآخرين.

فوجود عيادة في مجتمع محلي لا يؤمن في ثقافته بهذه العيادات يجعل تقبلها في ذلك المجتمع صعباً، بل وإن الناس حتى وإن علموا أن المرض لا يمكن أن تزول أسبابه إلا بزيارة تلك العيادة فلن يزورها، وذلك لأن ثقافتهم تمنع ما يقوم به الطبيب.

وقد ((اهتم الأطبَّاء في باريس باستغلال المريض وابتزاز أمواله)) (63).

مما أعطى فكرة ترسَّخت في ثقافة المجتمع الفرنسي قديماً جعلته لا يؤمن بمسألة العلاج الطبي وانصرف إلى العلاج الشعبي البديل.

ويزداد الأمر خطورةً عند قصور الخدمات الرسمية عن تغطية حاجات المجتمع الصحية وعلى سبيل المثال :- فقد تتحدَّد أسباب المرض في بعض الثقافات المحلية والبدوية والريفية إلى أسباب غيبية كالأرواح أو الزعل الشديد أو أمراض أخرى غير حقيقية، وفي المقابل تحدَّد منها تلك الثقافة والعلاج في آن واحد، ويتجلى ذلك في اللجوء إلى السحرة، والمعالجين الشعبين بالحجامة، والكي، بالرغم من أن تلك لا تعالجها هذه الطرق أو أنها ليس العلاج المناسب للمرض المحدَّد.

فالثقة والإقبال ترتبط بكفاءة الطبيب والتواضع في التعامل ومراعاة لغة الاتصال ((والبدء بالبسملة والآيات القرآنية، والاستشهاد بالأمثال الشعبية، وسعة الصدر في طمأنة المرضى والرد على استفساراتهم)) [64].

كل ذلك يدخل في نطاق التعليم الطبي منذ بداية الطبيب فإدراك الطبيب لدور تلك العوامل الثقافية في إصابة وعلاج بعض هذه الأمراض هو مفتاح اللغز للوصول إلى الأسلوب الأنجع للعلاج، وسياق النسق الطبي في المجتمعات المحلية ذات الثقافات المعلقة التي لا تقبل التغيير بسهوله ويسر.

إن معنى الثقافة التي حدَّدناها سابقاً تعني عدة أشياء مختلفة لأناس مختلفين، فقد تعني ((المعتقدات والقيم والدين والأخلاق والتوقعات الدورية واللغة)) [65].

فالتوقعات الدورية هي جزء من ثقافة الشعوب، فكل من المجتمعات المحلية الصغيرة والقرى في بعض الثقافات تتوقع وتتطلع إلى أدوار ومكانات مرموقة، فالمعالج الشعبي لا يمكن بأي حال من الأحوال أن يتنازل عن دوره كمعالج للقرية، وإذا كان ذلك مستحيلاً فكيف يمكن إقناعه بأن ما يقوم به من أساليب العلاج غير مجدٍ، وعليه أن يوجِّه روَّاده إلى التعامل مع النسق الطبي الحديث.

إن دور الطبيب هو أساس في إيصال تلك المعلومات للناس وهو محور اهتمام رجال الطب وعلم الاجتماع الذين يبحثون عن آلية معينة تصل بالطبيب ليدرك أهمية استيعاب الثقافات الأخرى المغايرة لثقافته، وأن يلم بالأسلوب الاجتماعي لاقتحام الثقافات المحلية المظلمة أحياناً كي يتمكن من علاج مرضاه، أو يستوعب تلك الثقافات ويحتويها ويستخدمها لخدمة النسق الطبي.

((وترتبط الأنماط الثقافية بالإسراف في شرب الكحوليات فثقافة المجتمع تعد عاملاً هاماً، ومسؤولة عن دوافع شرب الكحوليات أو عدم شربها بين الجماعات السلالية والدينية والقومية، ففي الولايات المتحدة الأمريكية يعتبر شرب الكحوليات تعبيراً عن القسوة والشجاعة والتمرُّد ضد المجتمع.

وتلعب الأنماط الثقافية دوراً مهمّاً في ظهور الاضطرابات، ففي الثقافة المصرية نادراً ما يشعر الفرد بعقدة الذنب التي تؤدّي إلى الانهيار)) [66].

وفي كثير من الثقافات يرى الناس بعض الحوادث التي تصيب الإنسان فتؤدّي إلى إصابته بالمرض متمثله في إرادة الله – في كل ما يصيب الإنسان مهما كان – أو يرجعونها للخطأ أو النصيب أو القسمة أو القدر...إلخ.

ومهما يكن من أمر، فإن مجمل الحديث ينصّب في قالب المفاهيم الثقافية، وكيفية النظر لموضوع المرض، ودور الطبيب المعالج في تصحيح مفهوم المرض والصحة عند الناس، وإدراكه لتأثير تلك الثقافات على الإنسان، وكيف يمكن احتواء بعض الثقافات المنغلقة والتعامل معها من خلال معتقداتهم وموروثهم الثقافي وإيديولوجيتهم الدينية للوصول إلى تفسير لذلك الاعتقاد، والاستفادة منه في العلاج الطبي وإقناع الإنسان الذي يعتنق ثقافات وعقائد بدائية بضرورة الدخول لنسق المنظومة العلاجية الحديث والتعامل مع كل ما هو حديث في مجال الطب، والاستفادة من الثورة الطبية، ومكافحة وعلاج الأمراض السارية والمتوطّنة.

التثقيف الصحي :

يعتبر التثقيف الصحي أداةً مناسبة لصحة المجتمع " الوقاية من الأمراض " وهو وسيلة مهمة وذات آثار مضمونة النتائج إذا استغلت واستخدمت الاستخدام الأمثل.

فقد عرف التثقيف الصحي بأنه ((الوسيلة التي تؤدّي إلى تغيرات في العادات الصحية للناس وكذلك في المعرفة ووجهات النظر المتعلقة بهذه التغيرات)) [67].

وأزيد على هذا التعريف أن التثقيف الصحي وسيلة تؤدّي إلى تغير في أسلوب تعامل الطبيب مع بيئات وثقافات وعادات مختلفة.

فالهدف هنا عكسي، فإذا كان التثقيف يهدف إلى تغير في سلوك الإنسان وهذا حسن، فإنه لابد أن ينظر إلى تثقيف الطبيب وتبصيره كما يثقف الرجل العادي ويبصره بما ينفعه ويضره.

ويجب ألا يكون الهدف من التثقيف مجرَّد الدعاية، بل يجب أن يكون حقيقة مطبقة على الواقع لتزويد الناس بالعادات والمعرفة، وتهيئهم لتمكينهم من حل مشاكلهم الصحية بسلوكهم ومجهوداتهم الشخصية.

وتعتبر مجالات التثقيف الصحي واسعة، ولها أركان متعددة، وسوف نسرد جزءاً منها للإيضاح.

أولاً- حيويات جسم الإنسان ؛ بمعنى أن الإنسان يجب أن يتعلم كيفية المحافظة على صحته ولياقته البدنية، وأهمية التمارين الرياضية والراحة والنوم، وترك عادة التدخين والإدمان على الخمور والمخدرات والاهتمام بصحة الأم الحامل.

ثانياً - التغذية الجيدة والمفيدة، فيجب على الإنسان معرفة أنواع الغذاء المناسب لجسمه وكذلك تغذية الأم الحامل والاختيار الصحيح للأغذية وطرق تخزينها، وغرس العادات الغذائية الجيدة.

ثالثاً - العناية بالصحة، فالعناية بالصحة تعني الاهتمام بنظافة الجسم، والاستحمام ونظافة الملابس وغسل اليدين قبل الأكل، وبعد الخروج من دورات المياه والعناية بالقدمين والأظافر والأسنان، والمظهر الشخصي وغرس عادات النظافة في الأطفال الناشئين.

كذلك يجب الاهتمام بالبيئة فلها جانبان، المنزل والمجتمع، فالعناية الصحية المنزلية تشتمل استعمال الماء والصابون والإضاءة والتهوية وصحة الطعام ومكافحة الجرذان والفئران... إلخ.

أما العناية بصحة المجتمع فتشمل تعليم الترغيب في استعمال الماء الصحي وفوائد الصرف والإسكان الجيد وتخطيط المدن.

رابعاً - صحة الأم والطفل، فخوف الأم من الحمل والولادة يمكن تلافيها عن طريق التثقيف الصحي، بالإضافة إلى تعليم الأمهات عادات الغذاء الكامل والعناية

بالمولود الرضيع والإفطام والتطعيم.

خامساً ـ الوقاية من الأمراض السارية، نشر المعلومات عن طرق انتشار الأمراض السارية الشائعة بالمجتمع كمرض شلل الأطفال والدفتريا وحمى التيفود والوقاية منها بالتطعيم، ويجب تشجيع الناس على المشاركة في البرامج الوطنية لمكافحة الأمراض.

سادساً ـ الوقاية من الحوادث.

سابعاً ـ الاستفادة من الخدمات الصحية والاهتمام بالصحة النفسية والعقلية، وتنبيه الأفراد في المجتمع بخطر المشروبات الكحولية والمخدرات وجنوح الأحداث والجريمة وغيرها.

((ويجب أن يتوفر في المثقف الصحي القدرة على الاتصال، وفهم ما يفكر فيه الناس، وما تشعر به عندما يتصل شخص مع الآخرين بوضوح، فإنه يصبح قادراً على المشاركة والمحادثة الناجحة مع الناس، ومهارات الاتصال : هي التحدث بصوت مسموع والقدرة على التعبير عن مشاعر الناس وملاحظة سلوك الآخرين عندما يتحدثون))[68].

((قد يكون المثقف الصحي آي فرد من أفراد الفريق الصحي أو أي فرد من المجتمع ذو تأثير على المواطنين مثل الطبيب الممارس العام أو المتخصّص أو الممرّضة أو الزائرة الصحية أو الأخصائي الاجتماعي أو العاملين في الدراسة مثل المدارس أو العيادات المختلفة في المجتمع والشخصيات العامة المؤثرة فيه))[69].

إن التثقيف الصحي جداً مهم، خاصة في المجتمعات الصغيرة والقرى التي تبعد عن المراكز الحضرية، ومن بين ملامح التثقيف الصحي هي إدراك الطبيب لدور العادات والتقاليد وأنماط سلوك الإنسان بشكل عام على تعامله مع غيره من بني جنسه، وأهمية هذا التعامل في رقي المستوى الصحي للإنسان بشكل عام.

خاتمة

إن المتتبع لهذا الفصل يلاحظ أن موضوعه حول المفاهيم الاجتماعية للصحة والمرض يتَّضح ذلك من خلال عدة نقاط، وهي تبرز أهمية العامل الاجتماعي في صحة ومرض الإنسان.

وقد كانت أول نقاط هذا الفصل وهي المرض، وكيف يفهم المرض عند الإنسان وكيف يتعامل معه، وكيف يقي نفسه من هذه المرض، وتأثير الأمراض على حياة الإنسان الأسرية والمهنية، ونظرة المجتمع للمريض، ونظرة المريض لنفسه كونه أصبح عبئاً على أسرته، ولاسيما أنه مصدر عيش تلك الأسرة وكيف تختلف الأدوار والمراكز في الأسرة نتيجة لمرض رب الأسرة.

كما تناول العوامل الاجتماعية التي تحدِّد معنى المرض كالبيئة وأسلوب الحياة عند الناس والذي تتحكَّم فيه الثقافات المختلفة، والنظافة الشخصية وأهميتها في تحديد الأمراض وانتشارها بالإضافة إلى الخدمات الصحية التي تقوم في المجتمع والعيادة، وحتى المستشفى بالإضافة إلى خبرة الأطبَّاء وكفاءتهم والرعاية التي تقدم للمرضى وتطوير الخدمات الصحية وتقديم أفضل الطرق الممكنة للحفاظ على صحة الإنسان في المجتمع.

ومن ثمَّ انتقلنا لتناول موضوع الصحة العامة التي يقصد به صحة المجتمع بدلاً من الاهتمام بالفرد، وقد تناولنا هذا المفهوم في سياقه الاجتماعي، كما تناولنا أسباب الوفيات في السنوات الماضية، وكذلك أثر الطبقات الاجتماعية على مفهوم الصحة وتحديدها لمعنى المرض.

وبعض الأمراض السارية والأمراض ذات الصبغة الاجتماعية، كمرض السرطان والإيدز والتدخين والإدمان والقلق النفسي والضغط الاجتماعي والنفسي ومرض السكر وضغط الدم و غيرها من الأمراض واسعة الانتشار في المجتمع الليبي وغيره من المجتمعات الأخرى، التي تسمَّى بأمراض العصر. ومن ثم انتقلنا للحديث عن العوامل

الثقافية وأثرها على صحة الإنسان، وباعتبار أن لكل مجتمع ثقافته الخاصة التي تميزه وتميز شخصيته عن باقي الثقافات، والتي تحدّد معنى السلوك وأسلوب الحياة في هذا المجتمع أو ذاك وأثر العادات والتقاليد على الإنسان وعلى صحته، أو من حيث تسببها في المرض.

وكذلك الخرافات من الشعوذة، وسوء استغلال المريض من قبل هؤلاء الناس، أو من قبل الطبيب المعالج نفسه، وكيفية إيصال المعلومات لكل العاملين في النسق الطبي ضرورة تفهم الثقافات المختلفة و التعامل معها.

وأخيراً تناولنا موضوع التثقيف الصحي وكيفية توعية المرضى والأصحّاء والطبيب والممرّضة، وغيرهم ممن يتعاملون في المجتمع بضرورة الوعي الصحي للمرض والوقاية منه.

ولعل المتتبع لهذا الفصل يلاحظ أن التناول السابق لهذا الفصل يوضح مدى الارتباط العميق بين تساؤلات البحث، وما ورد فيه من عناوين رئيسة تغطي الجانب الاجتماعي والطبي معاً. فالعوامل الاجتماعية كما لاحظنا أنها تلعب دوراً بارزاً في فهم الطبيب لموضوع المرض، وتعطي فرصة أكبر للمريض كي يفصح عن موضوع المرض، فالتساؤلات الرئيسية التي وردت في هذه الدراسة تدور في مجملها حول التعامل بين الطبيب والمريض، وما الفائدة التي نجنيها من خلال هذا التعامل بين الأطبّاء وجمهور المرضى.

هوامش الفصل الثاني

1- إبراهيم عبد الهادي محمد المليجي، مرجع سابق، ص 95.

2- إقبال حمد بشير، إقبال إبراهيم مخلوف، الرعاية الطبية والصحية والمعوقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، بدون سنة نشر، ص 52.

3- نادية محمد السيد عمر، العلاقات بين الأطبَّاء والمرضى، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الإسكندرية، بدون سنة نشر، ص 38.

4- جبر متولي سيد أحمد، أضواء على الصحة العامة، بل برنت للطباعة والتصوير، القاهرة، 2000، ص 25.

5- نفس المصدر، ص 25.

6- د.ج.أ. بارك و آخرون الموجز في طب المجتمع، ترجمة الزروق الهوني، سالم الحضيري، منشورات مجمع الفاتح للجامعات، طرابلس، 1989، ص 27.

7- نفس المصدر، ص 28.

8- نفس المصدر، ص 28 – 29.

9- رأفت عسكر، علم النفس الإكلينيكي التشخيص والتنبؤ في ميدان الاضطربات النفسية والعقلية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 2004، ص 169.

10- إقبال إبراهيم مخلوف، مرجع سابق، ص 43.

11- نفس المرجع، ص 44.

12- دوجال ماكاي، علم النفس الإكلينيكي النظرية والعلاج، ترجمة عباس محمود عوض، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2005 م، ص 81.

13- عبد الفتاح محمد دويدار، في علم النفس الطبي والمرضي والإكلينيكي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2005، ص 162.

14- شفيق رضوان، علم النفس الاجتماعي، مجمع المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، الطبعة الأولى، 1996، ص70.

15- إقبال إبراهيم مخلوف، مرجع سابق، ص 46.

16- إبراهيم عبد الهادي المليجي، مرجع سابق، ص 83.

17- أميره منصور يوسف، مرجع سابق، ص 16.

18- نفس المرجع، ص 18.

19- طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمة الصحية، مكتب المدينة الزقازيق، الطبقة

الثانية، 2000، ص 67.

20- ماجد السيد حافظ، مرجع سابق، ص 67.

21- نفس المرجع، ص 67.

22- نفس المرجع، ص ص 74 - 75 .

23- أبوبكر يوسف شلابي، بعض ملامح الأنثربولوجيا الطبية، مجلة العلوم الإنسانية العدد الثانى، 1991، ص 281.

24- صلاح الدين شبل دياب، صحة المجتمع، مطابع نور الإيمان، حلوان، 2003، ص2.

25- أميره منصور يوسف، مرجع سابق، ص 22.

26- ماجدة محمد عبد الحميد فايز، بعض أنماط الصحة والمرض لدى أطفال الطبقات المختلفة، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الزقازيق، 1997، ص 62.

27- عاطف محمد شحاتة، الأبعاد الاجتماعية لظاهرة تحمل الأفراد لآلام المرض، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة، 1990، ص 223.

28- إقبال محمد بشير، إقبال إبراهيم مخلوف، مرجع سابق، ص 112.

29- نفس المرجع، ص 112.

30- نفس المرجع، ص 112.

31- نفس المرجع، ص 113.

32- علي المكاوي محمد الجوهري، علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1990، ص 440.

33- محمد رفعت، قاموس الرجل الطبي، دار ومكتبة الهلال للطباعة والنشر، بيروت، الطبعة الثانية، 1995، 174.

34- عبد الفتاح عثمان، علي الدين السيد محمد، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، مؤسسة نبيل للطباعة و الكمبيوتر، القاهرة، 1999، ص 121.

35- سلوى محمد عبد الباقي، آفاق جديدة في علم النفس الاجتماعي، مركز الإسكندرية، بدون سنة نشر، ص 175.

36- طلال الناصر، كيف يتعامل الأخصائي مع مرض الإيدز، WWW. Dr. Omar. com الرياض، 2003، ص 1 .

37- سعيد الصايغ، الإيدز مرض الشباب، شركة المطبوعات للتوزيع و النشر، بيروت الطبعة الأولى، 1988، ص 17 - 18.

38- ديفيد كايدون موررِبل، ترجمة لبنى عبد الرحمن الطيب الأنصاري، فن الممارسة الطبية العامة، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، 1995، ص 42.

39- لندال دافيدوف، مدخل علم النفس، ترجمة سيد الطواب وآخرون، الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة، الطبعة الثالثة، 1992، ص 723.

40- أبوبكر يوسف شلابي، مرجع سابق، ص 283.

41- طلال الناصر، مرجع سابق ، ص 2 .

42- محمد رفعت، قاموس الإيدز الطبي ، دار ومكتبة الهلال، بيروت1991، ص97.

43- محمد رفعت، قاموس الرجل الطبي، مرجع سابق، ص 178 .

44- محمد رفعت، نفس المرجع، 229.

45- الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مقدمة في علم الاجتماع الطبي، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع و الإعلام، طرابلس، الطبعة الأولى، 1989، ص 97.

46- علي عبد الرازق جلبي، حسن محمد حسن، علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2000، ص 53.

47- نفس المرجع، ص 53- 54.

48- غريب سيد أحمد، دراسات في علم الاجتماع العائلي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1995، ص 202.

49- علي عبد الرازق جلبي، حسن محمد حسن، مرجع سابق، 57.

50- نبيل صبحي حنا، مرجع سابق، ص 198 - 199.

51- صلاح الدين شبل دياب، صحة المجتمع، مطبعة نور الإيمان، 2003، ص 163.

52- عبد الفتاح عثمان، علي الدين السيد محمد، مرجع سابق، ص 1994.

53- جبر متولي سيد أحمد، مرجع سابق، ص 369.

54- محمد خليل الشاذلي وآخرون، طب المجتمع، منظمة الصحة العالمية، بيروت، لبنان، 1999، ص 148.

55- نفس المرجع، ص 148.

56- عبد الوهاب عبد القادر، مصطفي الجلي، السلوك الطبي وآداب المهنة، جامعة الموصل، العراق، الطبعة الأولى، 1988، ص 56.

57- نفس المرجع، ص 149.

58- علي مكاوي، الأنثربولوجيا الطبية دراسة نظرية وبحوث ميدانية، دار المعرفة الجامعية

الإسكندرية، 1994، ص 61.

59- يوسف إبراهيم المشيني، علم الاجتماع الطبي، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2000، ص 192.

60- نفس المرجع، ص 192.

61- نفس المرجع، ص 196 – 194.

62- فوزي عبد الرحمن، دراسة انثروبولوجية للممارسات الطبية الشعبية في الريف المصري مع التطبيق على أحدى القرى، رسالة ماجستير غير منشور، جامعة عين شمس القاهرة، 1984، ص 36- 56.

63- نازك سابا يارد، الرحالون العرب و حضارة الغرب في النهضة العربية الحديثة، دار نوفل، الطبعة الثانية، 1992، ص 128.

64- علي المكاوي، مرجع سابق، ص 49.

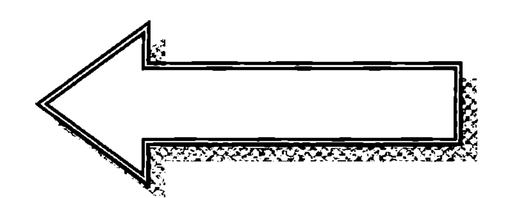
65- معن خليل عمر، صراع التصنيع مع الثقافة الاجتماعية في الأسرة، مجلة شئون اجتماعية، العدد الثامن عشر، السنة الخامسة، 1988، ص 113.

66- حسين عبد الحميد أحمد رشوان، دور المتغيرات الاجتماعية في الطب و الأمراض، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، 1999، ص 325.

67- د.ج.أ..بارك و آخرون، مرجع سابق، ص 391.

68- عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص 381.

69- صلاح الدين شبل، مرجع سابق، ص 36- 37.



الفصل الثالث

العلاقات الاجتماعية بين الفئات العاملة في مجال الطب والمرضى وتأثيرها على إدراك الطبيب

- تقديم
- المكانة والدور
- المسؤولية الطبية للطبيب
- لقاء الطبيب والمريض
- علاقة الطبيب بالمريض
- تغير العلاقة بين الطبيب والمريض
- البعد الاجتماعي للصحة والمرضى
- الدور الاجتماعي لأطباء المستقبل
- العلاقة الاجتماعية بين الأطبّاء في المستشفى
- خاتمة.
- العلاقات الاجتماعية
- دور الطبيب
- دور المريض
- التفاعل بين الأطبّاء والمرضى
- التأهيل العلمي والخبرة الطبية للطبيب
- علاقة الطبيب بالممرّضة
- علاقة الأسرة بالمرض
- أخلاق الطبيب المهنية

تقديم

إن إدراك الطبيب لدور العلاقات الاجتماعية والثقافية، يعدّ بمثابة نصف العلاج بالنسبة لطرفي العملية العلاجية (الطبيب والمريض) فقدرة الطبيب على إدراك العوامل الاجتماعية المسببة للمرض، يعني أن الطبيب يستطيع التغلب على المرض من خلال معرفة السبب الحقيقي له.

إن أبرز ما يميز العملية الطبية بين الطبيب والمرضى هي العلاقة التي تربط الاثنين معاً، وكيفية تعامل الطبيب مع المرضى، وطريقة استجابة المريض لهذه المعاملة.

فالعلاقات الاجتماعية في كل زمان ومكان هي الأساس في تحديد معنى الصحة والمرض، ولا يستطيع الإنسان العيش خارج دائرة العلاقات الاجتماعية والعمليات الاجتماعية الأخرى كالتعاون والتنافس والصراع وغيرها.

وعلى الرغم من ذلك تبقى العلاقات الاجتماعية محدّدة حسب البيئة التي يعيش فيها الإنسان فهناك العلاقات التي يسودها نوع من التفاعل الاجتماعي، وهناك علاقات لا يوجد فيها أي نوع من التفاعل الاجتماعي، وهي العلاقات التي تتميز بالجمود، ولا يوجد فيها أي نوع من التخاطب والاتصال بين شرائح معينة داخل المجتمع.

والعلاقات الاجتماعية بين الطبيب والمريض أهم العلاقات التي يجب أن تحظى باهتمام المتخصّصين في الطبّ، وكذلك المتخصّصين في العلوم الاجتماعية، ونظراً للدور الذي تلعبه العلاقات الاجتماعية في تقريب المسافة بين الطبيب والمريض، وكذلك أهميتها من خلال خلق أفراد أصحّاء في المجتمع يفهم بعضهم بعضاً، وتسود بينهم روح التفاهم، كل ذلك يعني أن على الطبيب الدور الأكبر في إبراز هذه العلاقة التي يتوقعها المريض من الطبيب، كما هو الحال مع أسرة المريض بالنسبة للمريض نفسه، فهو يتوقع منها نوعاً من المعاملة أثناء فترة مرضه، ومن خلال النقاط التالية في هذا الفصل سيتبين لنا مدى أهمية العلاقات الاجتماعية داخل النسق الطبي، خاصة وجود العلاقة بين الطبيب والمريض.

العلاقات الاجتماعية :

لابد للإنسان أن يعيش في جماعة اجتماعية واحدة، وأن يعمل من خلال هذه الجماعة على إظهار سلوكه الخاص تجاه تلك الجماعة ويتفاعل معها في علاقات تأخذ أشكال متعدِّدة ومتنوِّعة.

فالعلاقات الاجتماعية مثلاً هي عملية تفاعل وتداخل بين الناس في المجتمع، وينتج عن هذه العلاقات أنماط سلوكية مختلفة ((لذلك فالحياة الاجتماعية تنشأ من التفاعل بين الأفراد ويتم الاتصال بينهم. وعن هذا التفاعل والاتصال تنشأ العلاقات والعمليات الاجتماعية وبالتالي تتكون الجماعات البشرية ويتشكل المجتمع البشري))[1]

فالفرد داخل الأسرة تنشأ بينه وبين أعضاء الأسرة علاقة اجتماعية معينة تختلف عن علاقته مع زملاء العمل، بالرغم من أن العلاقة تقام على أسس ومعايير اجتماعية، وتختلف العلاقات الاجتماعية باختلاف الثقافات والجماعات، وكذلك المعاني والخبرات التي تكونها، وكل ذلك يخلق الفرد القادر على تركيب وتحليل أنماط معينة من السلوك والخبرة الحياتية التي تساعد على تفسير بيئته والاستجابة لها.

ومعنى ذلك أن الذات الأنانية وكل ما يحيط بها من سلوك واعٍ، إنما هو نتاج لتلك الحياة الاجتماعية، ولذلك التفاعل الذي نتج عن العلاقات بين أفراد المجتمع. ((إن السلوك الاجتماعي للأفراد يتم وجهاً لوجه مع الأفراد الآخرين))[2]

وبما أن هذا السلوك يتم بصورة مباشرة فهو الذي يحدِّد نوع العلاقة المباشرة أيضاً التي بدورها تكون مهمَّة في تحديد كيفية التصرُّف، وليست الشخصية المسؤولة عن تحديد نوع السلوك وكيفية التصرف. ((إن دور كايم الذي لفت انتباه علماء الأجيال التالية على مستوى التكامل الاجتماعي (أي الارتباط، والعمومية في العلاقات الاجتماعية) لفهم الانحراف والانسجام في المجتمع فهو أيضاً الذي آثار عبارة الضمير الجمعي الواعي أو الشعور الجمعي Colleective Consciousness ; Collective Conscience هذه العبارة تبين تأثير دور كايم الأساسي بأن كلاً من الضمير

Conscience (القيمة، والأخلاق...إلخ) والشعور (أو الوعي) أنماط التفكير واللغة...إلخ) كلها مشتقة من الجماعة))[3].

فبدون الاندماج في المجتمع والتخاطب المباشر وغير المباشر والاحتكاك لا يمكن أن تنشأ هذه الرموز وهذا النوع من الشعور وأنماط التفكير واللغة وغيرها. ويصبح الإنسان معوزاً للصفات الإنسانية، وأقرب إلى الحيوان الذي لا يملك وسيلة التخاطب أو الوعي.

وقد درس كلاً من جورج زيمل وجابريل تارد **G.tarde** وجوستاف لوبون فكرة التفاعل الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية.

فالعلاقات الاجتماعية ما هي إلا مفتاح للتخاطب، ومعرفة الفعل ورد الفعل بين المتخاطبين، ولحدوث تفاعل ينتج عنه وعي لابد من مجتمع يملك الصفات الإنسانية لفهم السلوك العام للإنسان الذي يترجم نوع التفاعل، ويخلق جواً لظهور رموز ذلك التفاعل حتى لو كانت بدائية.

المكانة والدور :

قبل الخوض في موضوع الدراسة لابد أن نوضح بعض المفاهيم والرموز الغامضة التي لها علاقة مباشرة بالدراسة.

ومن هذه المفاهيم المكانة والدور، فالمكانة تعني المركز الاجتماعي أو الاقتصادي أو السياسي الذي يكتسبه الإنسان داخل المجتمع.

بمعنى إن الإنسان له مكانة اجتماعية محدَّدة داخل المجتمع لا يمكنه أن يتجاوزها إلا إذا حدث تغير على صفاته أو خصائص تركيبته الاجتماعية، وكما نعلم أن النسق البنائي يتكوَّن من مجموعة أنماط سلوكية ؛ بمعنى أن لكل فرد موقعاً يشغله في سلم الهرم الاجتماعي، متسلسلاً ومترابطاً مع غيره من المواقع، ولا يمكن لأي كان أن يشغل مكانه شخص آخر، أو إن يقوم بواجباته إلا ذلك الشخص نفسه،

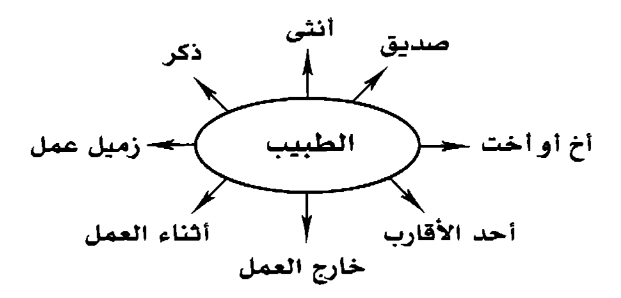
وهـذا الـنمط لا يقبـل أن يشـغله أيٌّ كـان مـا لم تتـوفر فيـه نفـس شـروط صـاحبه الأصلي، كالخبرة والاختصاص والمستوى التعليمي وغيرها.

((فالموقع ذو مرتبة هرميَّة تسلسليَّة تتصف بالتخصُّص، بيد أنه (الموقع) مرتبط بالمكانة الاجتماعية مستخلص من الاعتبار الاجتماعي له، وهي على نوعين : الأولى مكانة مكتسبة يحصل عليها الفرد بواسطة خبراته العملية وكفاءة اختصاصه ومستواه الدراسي وتحصيله العلمي. والثانية مكانة منسوبة تتحدد من قبل المجتمع بغض النظر عن مواهب الفرد وقدراته الذكائية وخبراته العلمية لأنها تأخذ بنظر الاعتبار الخلفية العرفية والعمرية والجنسية أي الصفات الوراثية ((الانجازية))[4]

((وقد أشار أحد الباحثين إلى الأدوار باعتبار أنها مجموعة من المعايير ذات الأهمية الخاصة فيما يتصل بعملية التكيف))[5].

بالإضافة إلى ذلك فإن المكانة والدور قد تتغير بتغير الفرد وموقعه، أو حسب الحاجة الاجتماعية التي ينخرط فيها، فكل فرد في المجتمع كما أسلفنا له مكانة اجتماعية معينة ودور يقوم به أو يؤدِّيه إلا أن مكانته في المنزل تختلف عن مكانته في العمل، كما أنها تختلف عن مكانته كصديق أو غير ذلك من المكانات الاجتماعية، وعلى هذا الأساس فإن الفرد يختلف أداؤه لدوره باختلاف المكانة التي يرتادها، وتتغير أنماط الشخصية باختلاف المكانة، وقد تتأثر الأدوار بسبب تأثر المكانة مما يؤدِّي إلى تغير في الأداء مما ينعكس سلباً على دور الفرد، ويصاب بالإحباط الشديد وينعدم شعوره بالدور والمكانة، وتختلط عليه المفاهيم مما يجعله يتخبط في دوَّامة من حالات متعددة غير متزنة وكمثال على ذلك، إذا حدث وأن كان الفرد ينحدر من مكانة اجتماعية محتقرة وفي ذات الوقت تحصل على بطولة مسابقة رياضية دولية، ففي هذه الحالة نكتشف حقيقة عدم تكافؤ المكانة داخل النسق، وعدم اتساق البناء الاجتماعي مما يؤدِّي إلى اضطرابات أو قلق في شخص الفرد لعدم قدرته على التلاؤم مع المكانة الجديدة، وعدم القدرة على التكافؤ مع الدور المغاير لدوره مما يحدث نوع

من عدم التوازن ولمعرفة الاختلاف في الأدوار والمكانات انظر الشكل رقم (1).



إن هذا النموذج يوضح الشرائح التي يتعامل معها الطبيب والتي تؤثر في سلوكه العام ويؤثر فيها.

فالطبيب مثلاً يختلف دوره ومكانته باختلاف الشرائح التي يتعامل معها، كما أنه يتغير في أدائه للسلوك العام مع كل واحد من هؤلاء الأفراد الذين يتعامل معهم.

((فدور الطبيب لا يتحدد إلا بدور المريض... هذا النوع من التحديد والتقييم احد صور التكامل داخل النسق الواحد))[6]

فلا يمكن أن يلعب دوره إلا بوجود مريض يمكن أن يمارس عليه الدور، ولا يمكن للطبيب أن يقوم بدورة إلا إذا وجد مريض يعطى الطبيب الدور ويمنحه المكانة التي هو فيها.

دور الطبيب :

ربما يعتقد البعض أن دور الطبيب ينحصر في تقديم العلاج لمرضاه الذين يعانون بسبب اختلاف فيزيقي معين، بالرغم من كون هذه الحقيقة واردة في ذهن الطبيب إلا أنه في مجتمعاتنا تلعب القيم الاجتماعية دوراً محورياً في تعريف وتحديد المفاهيم الطبية وتحديد دور الطبيب الذي يلقى على عاتقه الجانب الأكبر من المسؤولية الاجتماعية للمريض. بحسب توقع المريض. فالأطبَّاء مطلوب منهم بذل جهد مضاعف لمعاونة الناس

في التلاؤم مع مستويات ومعايير ذات طابع اجتماعي أكثر منها طبية.

((وأما الأساس الذي يستند إليه الطبيب باعتباره فناً اجتماعياً فهو يكمن في الحقيقة التي تشير إلى أن دور الطبيب في المجتمع يحدده المجتمع ذاته، عندما يتوقع منه تقديم العون والمشورة إلى مرضه بغض النظر عن الحالة الراهنة لعلم الطب في مجال مرضهم))[7]

إن المريض لا يتوقع من الطبيب العلاج الطبي فحسب فهو يتحدث عند لقائه بالطبيب عن معاملته واستقباله له، والكلمات التي لاطفه بها، والدعابات التي سمعها من الطبيب، وكون المريض في بعض الأحيان يأتي إلى الطبيب وهو يحمل مرضاً اجتماعياً يؤثر على صحته النفسية، فهو بالتالي لا يحتاج إلى العلاج العضوي والأقراص المهدئة بل يحتاج إلى طبيب يدرك نوع المرض، ووصف العلاج (الطب اجتماعي) المناسب لهذا المريض، وإذا صح التعبير فإنه المتردد على الطبيب، ولا يشكو من مرض عضوي هو ليس بمريض، بل هو إنسان مكتئب اجتماعي، حدث له خلل في فهم النسق الاجتماعي الذي يعيش فيه أثر على تركيبته الاجتماعية، فالمصلحة الذاتية تجبر الفرد أو المريض على أن ينظر لنفسه وكأنه الوحيد في هذا العالم الذي يعاني من مشكلات اجتماعية لا يمكن أن يفهمها أو يبوح بها إلا للطبيب ((فقد تعتبر المعايير الاجتماعية أن من المشروع سعي الفاعل وراء مصالحه الخاصة))[8] في مقابل مصالح الجماعة.

فدور الطبيب ليس بالأمر الهين، وخصوصاً وأنه هو الوحيد الذي له القدرة على تهدئة المريض، والاستماع لمشاكله، وإمكانية علاجه اجتماعياً أو طبيباً.

إلا أن هذا الدور ينتفي عن الطبيب إذ لم يدرك معناه أو تجاهله عن قصد للتخفيف من الأعباء التي يحملها للطبيب والتي تغلب في كثير من الأحيان على طموحاته الشخصية وعلى طموحاته الاجتماعية والمادية أحياناً أخرى.

فمن وجهة نظر الآخرين إذا كنت طبيباً يجب أن تكون ملكاً للآخرين، ملبياً لرغباتهم، سبباً في شفائهم، أنت بالنسبة لهم بريق الأمل، وجالب الشفاء، وتتصلّ

الطبيب من هذا الدور يشعر المريض بخيبة الأمل.

ولكن هل الطبيب يشعر أو يدرك أنه سبباً في شفاء بعض الأمراض ذات المنشأ الاجتماعي إذا تسنى له تشخيصها بدقة ؟ وهل يملك القدرة على أن يحدِّد نوع المرض، ويجد الطريقة والأسلوب المناسب لعلاج مرضاه ؟ أو إذا تمكن من كل ذلك هل يتبع هذه الطريقة المناسبة مع كل المرضى الذين يتردَّدون عليه في العيادة ؟ وكيف يمكن أن يتوافق هذا الدور مع شخصيته والتزاماته الأخرى.

المسؤوليّة الطبيّة للطبيب :

إن الطبيب يتحمَّل المسؤولية كاملة عن مرضاه وما يصيبهم ويجب عليه أن يساوي في المعاملة بينهم، وينص القانون الليبي في المسؤولية الطبية على هذه المسألة في المادة (3) التي تنص على ((المساواة بين المرضى في المعاملة تبعاً لأحوالهم الصحية))[9]

ولابد أن يكون الطبيب الذي يقوم بالكشف على المريض ملماً إلماماً كاملاً بالنواحي النفسية والاجتماعية ((حتى يمكنه إدراك العلاقة بين أي اضطراب في النواحي العضوية والفسيولوجية وبين النواحي النفسية والسلوكية للفرد))[10].

فالطبيب الناجح هو الذي يتمتع بحس طبي واجتماعي قوي يمكنه من علاج المشكلة بالشكل الصحيح، ومعرفة أسباب الداء وبشكل دقيق قبل التشخيص الطبي.

وهذا طبعاً لا ينطبق على كل الأمراض، فمثلاً الذي يعاني من تقرُّحات في الزائدة الدودية لا يمكننا اعتبار هذا المرض من الناحية الطبيبة أو الاجتماعية، مرضاً ناشئاً بسبب اجتماعي، فهو عضوي بحت، إلا أن ((الدراسة الاجتماعية والوقوف على مسببات المشكلة والتي يقصد بها توضيح الجوانب الهامة لمشكلة المريض)) [11] هي الأساس والمدخل الرئيسي لمعرفة سبب المرض وأعراضه.

دور المريض :

((تعتبر دراسة دور المريض، شأنها في ذلك شأن دراسة سلوك المريض من أكثر إسهامات العلوم السلوكية فائدة بالنسبة للطب، ودراسة سلوك المريض تشمل دراسة

الطريقة التي يستجيب بها الشخص للألم أو لأية أعراض مرضية))[12]

ولعل دراسة دور المريض من أهم الدراسات في المجال الطبي الحديث نظراً لتعقد الحياة وانتشار مظاهر الأرق والتعب مما يجعل الإنسان يهرب من الواقع الاجتماعي عن طريق التظاهر بالمرض كي يتهرَّب من المسؤولية الملقاة على عاتقه.

إن المريض شخص سويٌّ، ولا يمكن أن يطلق عليه اسم المريض ما لم يعترف بذلك واعتراف المريض بمرضه لا يكون إلا بطلب العون من الطبيب للمساعدة، وبهذا يكون اعترافاً بالمرض والحاجة للمساعدة.

ولكن ليس كل مريض يعفى من كل المسؤوليات الملقاة على عاتقه كما يتوهم المريض،بسبب المرض أو غيره، ولكنه يعفى من بعض المسؤوليات التي ترهق عاتقة وتعيقه عن أداء وظائفه.

فالمريض يعفي من أدائه للعمل المكلف به جراء المرض الذي يحول بينه وبين تأديته لوظائف المكلف بها، والتي لا يمكن القيام بها في تلك الحالة، وإلا أدَّى ذلك إلى اختلال في نوع العمل.

ولكنه وعلى كل حال فإن دور المريض يختلف باختلاف الشعوب والثقافات والجنس والحالة الاجتماعية، وحتى نوع العمل ومن يعمل معهم المريض، والسبب الذي يؤدِّي إلى المرض أصلاً.

وقد حاول بعض العلماء تفسير دور المريض في الأوضاع المختلفة التي يمر بها كالدراسة التي قام بها ساتشمان **Edward suchman** سنة **1965** عن مراحل أو خطوات الانتقال من الصحة إلى المرض ودراسة تالكوت بارسوتر **Talcott parsons** سنة **1964** عن توابع دور المريض((يقسم ساتشمان عملية الانتقال من الصحة إلى المرض إلى خمس مراحل تبدأ من شعور الشخص بالأعراض المرضية وتنتهي بانتهاء دوره كمريض))[13]

إلا أن المراحل التي ذكرها ساتشمان لم تكن بالمستوى الذي يمكنه أن يعبر عن دور المريض الذي يعانى منه، كونه يتحدث عن مجتمع عاش فيه أو فترة عاصرها أو نظرية يؤمن بها.

ففي إحدى المراحل التي ذكرها ساتشمان وهي المرحلة الثالثة من المراحل الخمسة والتي فيها يقرر المريض أن يخضع للعلاج الطب، وبهذه المرافقة من المريض لزيادة الطبيب يحصل المريض على موافقة رسمية أو مشروعه بقيامه بدور المريض.

وكان ساتشمان يرى أن الشخص الذي يصاب بمرض معين ولا يسعى لزيارة الطبيب لا يعتبر مريض أولاً يحصل على الاعتراف الرسمي بدور المريض ما لم يقوم بزيارة للطبيب كي يحصل على تلك الصفة.

ولكي يشغل المريض هذا الدور يكفي أن يشعر بتغير في وظائفه العضوية أو السيكولوجية والتي تجعل المريض يشعر بأنه في حاجة للعلاج حتى وإن لم يقم بزيارة الطبيب إلا أنه يحق له أن يطلق عليه صفة المرض، وأن يدخل في دائرة دور المريض.

ويكفي لكي نطلق على المريض هذه الصفة أن يشعر بأنه غير متزن، أو أن وظائفه لا تقوم بعملها كما ينبغي، بالرغم من كون المرض لا يتحدَّد بالصفات العضوية فقط، بمعنى أن المرض قد يكون اجتماعياً بسبب ضغوط الحياة اليومية، فكثرة المشكلات وتراكم الوظائف تؤدِّي إلى شعور الإنسان بنوع من الاضطراب والقلق ينعكس على حياته وأجهزته العضوية، وأدائه للدور المناط به.

ويكون الشفاء من هذا الداء ليس بزيارة الطبيب، بل بالراحة أو السفر إلى أي مكان يختلف عن المكان الذي يعيش فيه الإنسان كي يتخلص من ضغوط الحياة ومشكلاتها المتلاحقة.

وبذلك نلاحظ أن المريض الذي يطلق عليه صفة المريض، والذي يحق له أن يلعب دور المريض، لا يحتاج إلى زيارة الطبيب كي يكتسب الشرعية لدور المريض، بل

يكفي أن يشعر بنفسه ويعي العلاج لحالته ليعود إلى حياته الطبيعية.

ولعل في تحليلات تالكون بارسونز **Tadcott Parsons** لدور المريض توضيح لهذا الدور وما ينبغي أن يكون عليه المريض كي نطلق عليه هذه الصفة.

((لا يعتبر المريض مسؤولاً عن حالته المرضية، فعلى الرغم من أن دور المريض هو دور انحرافي- باعتبار أن الحالة الطبيعية للفرد هي أن يكون في صحة جيدة، وأن يؤدِّي أدواره الاجتماعية في الحياة، إلا أن المنحرف أخلاقياً مثلاً يعتبر مسؤولاً عن انحرافه، والمجرم يعتبر مسؤولاً عما يرتكبه من سلوك إجرامي منحرف، أما المريض فلا يعتبر مسؤولاً عن مرضه))(14)

وفي تحليل بارسونز الدور المريض بعض الاختلاف عن ساتشمان من حيث إن بارسونز يرى أن المجرم يعتبر مسؤولاً عن فعله أما المريض فلا يعتبر مسؤولاً عن فعله.

ولكن ليس في كل الأحوال يمكننا القول إن المريض غير مسؤول عن مرضه، أو أنه يصاب بالمرض في الأحوال العارضة أو العادية.

بل أن المريض قد يكون مسؤولاً مسؤولية كاملة عن مرضه، وقد يكون هو السبب في إصابة نفسه بالمرض، فالعادات السيئة في الأكل والشرب وتناول أنواع المسكرات والمخدِّرات وغيرها، كل ذلك يؤدِّي إلى الإصابة بالمرض.

لقاء الطبيب والمريض :

قد يلتقي الطبيب والمريض وكلٌّ منهما يحمل أو يعتنق أفكاراً خاصة عن المرض، فالطبيب ينظر للمرض من الزاوية الطبيبة التي درسها وتعلمها في كلية الطب، ويمارس من خلالها دوره في العلاج الطبي للمريض.

أما المريض فينظر إلى المرض من خلال المنظور الاجتماعي والفهم الثقافي به، وبهذا يحدث الالتقاء بين الطبيب والمريض، أو الافتراق والاختلاف في المفاهيم.

إن تلك العلاقة بين الطبيب والمريض هي علاقة مؤقتة، وبالرغم من كونها مؤقتة

إلا أنها تحمل طابعاً خاصاً من الألفة – التي يفترض أن تقوم بين الطبيب والمريض – والثقة بين الطرفين ((ولنجاح مهمة الطبيب لابد من بناء جو الثقة بينه وبين مرضه، وبذلك يقوم المريض بمصارحة طبيبه بكل ما يحيط بحالته المرضية سواء كانت عضوية أو نفسية أو اجتماعية أو مالية، وملخص القول تطبيق فن الطب))[15]

إن اللقاء بين الطبيب والمريض يتوقف عليه تحديد عدد كبير من المفاهيم التي يمكن أن تترجم بين الطرفين، هذا في حالة استجابة المريض لتوقعات الطبيب واستعداده للتعاون معه في العملية العلاجية.

وبالرغم من كون المريض يتغير ويحمل في داخله كثيراً من التباين والاختلاف إلا أنه لا يمكننا أن ننكر أن الطبيب هو الآخر يتغير، ويتقلب من حيث استجابته للمريض وسماع شكواه.

ولعل من أهم مميزات اللقاء بين الطرفين هو استماع الطبيب لشكوى المريض، وعدم إهمال كلماته مهما كانت.

فالمريض يتعلق بالطبيب ويتوقع منه الكثير، كما يتعلق الغريق بقشة وفي كل الأحوال نلاحظ أن العامل الثقافي بالنسبة للطبيب والمريض على السواء مهم في تحديد العلاقة سواءً بين الأطبَّاء والمرضى أم بين الأطبَّاء بعضهم بعضاً، وحتى على الصعيد الاجتماعي بين أفراد المجتمع الواحد.

فكل من الطبيب والمريض عندما تكون لهما ثقافتان مختلفتان ينظر كلٌّ منهما لنوعية المرض وطريقة التعامل معه، فهذا يضع الأسلوب المناسب للعلاج في منطقة لا يستفيد منها كلا الطرفين نظراً لتداخل الثقافات، واختلاط المفاهيم بين الطبيب والمريض، لذلك وجب على الطبيب عند لقائه بالمريض التجرُّد من الثقافة المهنية – بشكل مؤقت - إذا ما تبين له أن الضرورة تقتضي ذلك للوصول إلى علاج المريض بشكل عام.

والتجرد هنا يقصد به الاستماع الجيد والإصغاء لشكوى المريض بطريقة تناسب ثقافته، وعلى الطبيب أن يُجيد الإصغاء والتخاطب مع مرضاه إذا أراد أن يكون ناجحاً في مهنته.

كما يتوجب على الطبيب إبداء النصح، ووصف العلاج بنفس الطريقة التي يتوقعها منه مرضاه، وهذا الأسلوب يعتبر كنقطة أولى للتحوُّل إلى مرحلة جديدة قد تكون أكثر استجابة عند المريض، وخاصةً إذا أدرك الطبيب كيف يتعامل مع مرضاه، ويجمع ثقافته مع ثقافة مرضاه لمكافحة المرض.

التفاعل بين الأطبّاء والمرضى :

إن أموراً عديدة تؤثر على نوعية التفاعل بين الأطبّاء والمرضى، ومن هذه الأمور الحالة النفسية للمريض، وكذلك التوقعات التي يرغب المريض أن تحقق لصالحه.

وكذلك فإن للمرضى طموحات قد تكون أكبر من قدرة الأطبّاء، ويعني هذا المتغير ((تطلع الأشخاص إلى تحقيق حياة مستقبلية سعيدة وإلى تحسين أوضاعهم))[16] الصحية أو الاقتصادية أو غير ذلك من التوقعات والطموحات.

ومن هنا تتَّضح توقعات المرضى وتكرُّر اعتقادهم الخلاص من المرض بأيدي الأطبّاء.

وقد أوضحت الدراسات أن توقُّعات المرضى، واهتمامهم لا ينصبُّ فقط على القضاء على المرض وإعراضه فقط، ولكن اهتمامهم ينصبُّ كذلك على قيمة الطبيب في حل المشكلات التي تعترض حياتهم اليومية التي هي بعيدة كل البعد عن المرض البيولوجي.

فالكثير من المرضى لا يرغبون في التحدث عن مشاكلهم الأسرية التي تؤرِّقهم وتقض مضاجعهم، ومشاكل العمل والأصدقاء وغيرها من المشاكل التي يمر بها أي فرد في المجتمع.

وهذا يجرنا لحديث عن صراع الأدوار الذي يتعرض له الأطبَّاء أثناء تفاعلهم مع مرضاهم، فهم لابد أن يوفقوا بين متطلبات حياتهم الاجتماعية ورغبات مرضاهم، وتطبيق الدور الاجتماعي وإحلاله محل العمل المهني.

وكل هذا وغيره يؤدِّي في كثير من الأحيان إلى إثقال كاهل الطبيب نفسياً وجسدياً.

فالمجتمع يطلب من الأطبَّاء أن يمارسوا مهنتهم ودورهم الطبي في قالب اجتماعي بالرغم من كون علاقة الأطبَّاء مع المرضى علاقة علاجية في طبيعتها.

إلا أن الطبيب الناجح لابد أن يضع تصوراً خاصاً بكل مريض لتغلب على المرض ولعمل موازنة طبية اجتماعية عند فحص المرضى، وهذا الدور لا شك ينم عن شخصية الطبيب المحترف والفني والخبير والمؤهل لهذه المهنة المقدسة.

((إن المهم هنا هو التأكيد على أهمية العلاقة بين الطبيب والمريض، فالطبيب الذي يظهر اهتماما بالمريض، ويكون اجتماعياً ويبعث الثقة والأمل في مرضاه... كثيراً ما تكون نتائج علاجه جيدة)) [17]

ولقد أوضحت الدراسات والبحوث أن نوع العلاقة بين الأطبَّاء والمرضى مهم جداً في نفس المريض فهي التي تحدِّد طلب المساعدة من عدمها، كما أنها ترغم المريض للامتثال لأوامر الطبيب، والمرضى على العلاج والاستمرار في الاستماع لنصائح الطبيب أو تركها وعدم المبالاة.

فالطبيب لابد أن يكون مرناً مع المريض ورحب الصدر ومستمعاً جيداً لشكوى المريض ووصف العلاج المناسب لمرضاه ومعالجتهم بطريقة تبعث على ارتياحهم نفسياً ويظهر فيها اهتماماً كبيراً بالمريض.

فالمرضى يحتاجون إلى الطبيب الذي يحسن الاستماع إلى مرضاه والطبيب الذي يفحص مرضاه بكل تأنٍ وروية، والطبيب الذي يساهم في حل المشاكل الشخصية

للمريض والطبيب الصديق للمرضى.

فكل هذه العوامل سببٌ رئيسيٌّ في سرعة الشفاء، وطلب المساعدة من الأطبَّاء، ومبعث للراحة في نفس المريض.

إلا إنه إذا كانت هناك مشاكل أخرى تؤرِّق الطبيب، وتشغل تفكيره، فإن هذه المشكلات تكون ذات تأثير بالغ في تعامله مع مرضاه،كما هو الحال بالنسبة للمريض الذي قد يكون في حالة مزاج سيئة بسبب مرضه أو بسبب ظروف اجتماعية ونفسية أخرى مما يؤثر على علاقة تفاعله مع الطبيب، مما يجعل هذا اللقاء يفقد معناه، ويتجرد من العلاقة المطلوبة للعلاج.

ولكي تتَّضح صورة العلاقة بين الأطبَّاء والمرضى، نعرض لرأي كلٌّ من (شراس وهولندر) حيث قسَّما التفاعلات بين الأطبَّاء والمرضى إلى ثلاثة أقسام وهي:-

1- الإيجابية – السلبية.
2- الإرشاد والتعاون.
3- المشاركة المتبادلة.

وفي النوع الأول وهو العلاقة السلبية – الإيجابية ((يكون الطبيب إيجابياً والمريض سلبياً. ويظهر ذلك في حالات الطوارئ كالإصابات الشديدة، وحالات النزف الشديد والهذيان والغيبوبة، فالمريض يكاد يكون عاجزاً تماماً بينما يجري الطبيب عملياته وعلاجه له))[18]

وإذا نظرنا إلى هذه الحالة نرى أن عمليات العلاج تجري دون وعي من المريض، فلا يتم فيها أي نوع من التفاعل مع المريض كونه في حالة لا تسمح بالتعامل، وقد يكون في حالة غيبوبة أصلاً.

((أما نموذج الإرشاد والتعاون، فإنه يندرج عادة عن علاقة الطبيب بالمريض عندما تكون الظروف أقل باساً))[19]

حيث يكون المريض في حالة وعي تام، ويتفاعل مع الطبيب ويتعاون معه في تشخيص المرض ووصف العلاج، وبالنظر إلى هذا النموذج نرى أنه الأكثر قبولاً في العملية العلاجية، وهو يعطي فرصه التفاعل بين المرضى والأطبّاء.

أما النموذج الأخير (لشزاس وهولندر) فهو المشاركة المتبادلة ((حيث يتم تنفيذ برنامج العلاج على يد المريض بتعليمات تلقاها دورياً من الطبيب))[20]

وتظهر هذه المشاركة أكثر وضوحاً عند مرضى السكر الذين يظهرون تعاوناً ومشاركة في العلاج من خلال تفعيل وتنفيذ تعليمات الأطبّاء.

إلا أن هذا النموذج الذي ذكره كلٌّ من شراس وهولندر لايعتبر هو القاعدة الذهنية لتعد عملية التفاعل بين الأطبّاء والمرضى، فهناك ظروف خارجية ونفسية وخلقية تتحكم في العلاقة التفاعلية، بل وحتى الظروف البيئية والدينية والتربوية، كلها عوامل تؤثر على نوع التفاعل ومحتوى التخاطب بين الطبيب والمريض المتلقي للعلاج أو المتلقي لتعليمات الطبيب إن الطبيب يملك من القدرة المهنية والفنية الكثير ولا يخفي على أحد أن الأطبّاء هم أفراد يعيشون في المجتمع ويتفاعلون معهم ويتأثرون ويؤثرون فيه، إلا أن نظرة المرضى لأطبائهم تختلف كل الاختلاف، فهم يأملون أن يصلوا بهم إلى مرمى الكرة من أول وهلة، وهذا أمرٌ مستحيل فكما نطلب من الطبيب فهم الوضع الاجتماعي للمريض والمساهمة في حل مشكلاته وتشخيص حالته فيما إذا كانت عضوية أو حالة مرضية اجتماعية يجب علينا أن ندرك أن الأطبّاء ليسوا ملائكة وليسوا رهباناً، ولا يجوز لهم الخطأ وعليهم واجب مقدّس تجاه المرضى لابد لهم من الوفاء به.

يجب على المجتمع والمرضى وضع موازنة للتوقعات والطموحات للوجبات والحقوق فلا يهضم جهد الطبيب، ولا يضيع حق المريض.

علاقة الطبيب بالمريض :

((علاقة الطبيب بالمريض هي علاقة إنسانية من الدرجة الأولى وهي علاقة مهنية كذلك يحكمها الكثير من العوامل الإنسانية وكان يطلق في الماضي على الطبيب لفظ (الحكيم) لما يمثل ذلك من معاني الاحترام والتقدير والإجلال لعمل الطبيب)) [21]

فالطبيب محط أنظار المرضى يتوقعون منه ما يعجزون عن إيجاده في العالم الخارجي، ويستشيرونه في مواضع كثيرة خاصة إذا كانت علاقة الطبيب بالمريض وثيقة.

فقد يستشيرونه مثلاً في مواضع الزواج والطلاق، وفي اختيار نوع العمل والسكن وغيرها من المواضيع التي ربما يرى المريض أن الطبيب قد يعطي رأياً خاصاً فيها، ويوفر عليه جهداً كبيراً في البحث والعناء.

((بمعنى أشمل فإن المرضى وأسرهم ينظرون إلى الطبيب على أنه مُلم بجميع أمور الحياة الاجتماعية والثقافية والسياسية والاقتصادية والدينية))[22]

ويحدث أحياناً أن يرى المرضى الطبيب على أنه المنقذ، أو فارس الأحلام لبعض الفتيات المريضات وبأن الخلاص من المرض والألم والعذاب في الزواج بالطبيب، وبالرغم من أن موضوع العلاقة بين الطبيب والمريض قد تمت دراسته منذ فترات طويلة، وهذه الدراسات تفصيلية، فقد أثرت كثير من كتب علم الاجتماع الطبي صفحات كثيرة لهذا الموضوع لما له من أهمية بالغة في العلاج الطبي، وتحلل دقيق وواضح للعلاقات الطبية الاجتماعية، وعلاقة التفاعل بين الأفراد في المجتمع والمؤسسة الصحية.

فبارسونز يعتبر المريض شخصاً منحرفاً وهو لا يستطيع أن يستجيب لما حوله من مؤثرات فقد يفقد أسلوب التعامل والتفاعل.

فقد ذهب إلى ((أن المرض **Illnes** يعتبر ضرباً من الانحراف يبدو أكثر شذوذاً)) [23].

ولقد اتخذ هذا التعريف للمرض لأن المريض لا يستطيع أن يتحكم في تصرفاته، ويكون أشبه بالحالة غير المستقرة وغير السوية.

فالطبيب لابد أن يحظى بالثقة في علاقته بمريضه، وكذلك لابد أن يحظى بثقة أهل المريض، أما إذا كان الطبيب غير مؤهل بحيث لا يمكن أن يحظى بثقة المريض، وأهله فإنه في هذه الحالة يصعب عليه تنفيذ أي برنامج لعلاجه، كما يصعب عليه أن يقيم علاقة ودية مع المريض.

وعلى الطبيب أن يلم بكافة الجوانب الاجتماعية والثقافية التي من شأنها أن تؤثر على سير صحة المريض، وأن يجعل نصب عينه شخصية رجل الشارع والشخصية التي يبحث عنه المنقذ والحملة بالتطلعات والتوقعات والطموحات من أجل إيجاد حل لما تعانيه.

إن تجاهل الأطبَّاء لأهمية العلاقة مع المرضى واعتبارها غير ذات جدوى، بل يكتفون بالعلاقة المهنية - التي تفشل في كثير من الأحيان في الإحاطة بمشكلات المرضى الصحية - هم في الحقيقة يتجاهلون أهم ما في العملية العلاجية وأهم جرعة يمكن أن تكون البلسم الشافي للمريض أو الأمل الذي ينير درب المريض وخاصة إذا كان المريض يعاني من مرض عضال أو حالة مستعصية أو مرض لا شفاء منه.

وليس دائماً يكون الحل السحري في العلاج الاجتماعي بالرغم من أهميته، فربما يتعرض الشخص إلى مرض عضوي لا علاقة له بالحالة النفسية أو الاجتماعية أو الثقافية، ففي هذه الحالة يكون العلاج المهني والعلاقة الطبية الشخصية هي الحل الأمثل للعلاج.

إلا أن إلمام الطبيب بأهمية العوامل الاجتماعية والثقافية في هذه المسألة أمرٌ في غاية الأهمية.

((وتلعب العوامل الثقافية والحضارية والاجتماعية في إصابة الأفراد بالاضطراب أو الصحة النفسية فإذا كان المجتمع يعيش أزمات يولد ذلك مشاكل اجتماعية مثل الفقر والصراع والجوع والجهل والمرض)) [24].

وكما نعلم أن العلاقة التي تنشأ بين الطبيب والمريض تنشأ في جو اجتماعي أو موقف اجتماعي وهو موقف العلاج، ويكون الهدف الأساسي من هذا التفاعل هو تغير حالة المريض الصحية والتي تؤرقه وهي سبب رئيسي في طلب المساعدة من الطبيب.

وبهذا نرى أن المريض قد يأتي برغبته للطبيب طلباً للعلاج، وفي أحيان أخرى يأتي

إليه بدون رغبة، بل الألم والحاجة هي السبب في زيارته للطبيب، ((وهذا يؤدِّي إلى أن يصبح هذا الموقف شديد التميز عن مواقف اجتماعية أخرى كثيرة يوجد فيها الفرد ويتفاعل من خلالها مع الآخرين في حياته اليومية))[25].

إلا أنه يجب أن ننوه إلى العلاقة السلبية وغير المرغوبة التي تكون محل اشمئزاز من المرضى تجاه الأطبَّاء ويعيب هذه العلاقة تجاهل الطبيب لمرضاه على حساب مرضى آخرين.

فالوضع المادي أو المركز الاجتماعي أو السياسي قد يكون سبب في الاستحواذ على اهتمام الطبيب فإذا ترسَّخت هذه الفكرة في ذهن الطبيب، وأصبح العالم في نظره عبارة عن مادة وعبارة عن مناصب تتيح له التقرب من أصحاب النفوذ والسلطة، وأدَّى ذلك إلى سقوطه في بؤرة فساد العلاقة مع المرضى ويصبح على علاقة قوية مع المرضى أصحاب النفوذ المادي أو السلطوي، وحتى هذا النوع من العلاقة مبنيٌّ على هذه الاعتبارات وهي لست علاقة حميمة أو ودية بالشكل الفعلي للكلمة بل هي علاقة مصلحه وقع ثقل هذه العلاقة على المرضى أصحاب الدخول المتوسطة والذين لا يتمتعون بأي نفوذ اجتماعي.

وبالعكس من هذه العلاقة فقد يكون المريض هو صاحب السلطة والمتسلط بماله ونفوذه مما يجعله يرفض أي علاقة مع الأطبَّاء، وتعد هذه العلاقة نادرة الحدوث، إلا أن النوع الأول هو الأكثر شيوعاً، والأكثر رواجاً في المجتمع.

((ويعتبر التحليل الوظيفي الذي أجراه بارسونز لدراسة العلاقات بين الأطبَّاء والمرضى من أبرز تلك التحليلات، فقد بدأ بارسونز بدراسة عملية التحليل فيما اعتبره المرضى سلوكاً منحرفاً، وفي بداية تحليله لدور المريض أشار إلى أن الصحة التي يتمتع بها أعضاء أي جماعة تعتبر مطلباً وظيفيّاً لأي نسق اجتماعي، وعلى هذا فإن بارسونز يؤكد على ضرورة تعريف المرض وتحديده وتشخيصه وطرق علاجه))[26].

التأهيل العلمي والخبرة الفنية للطبيب :

إن العلاقة بين الطبيب والمريض لاشك تتأثر بخبرة الطبيب في مجال عمله ومدى تأهيله وتدريب من البداية.

إن الخبرة الفنية والتأهيل والتدريب والاطلاع على مستجدات العصر في المجال الطبي يحدد العلاقة بالطبيب، حيث يتوجه المرضى بلا تردّد إلى الأطبَّاء المحمودي السمعة، ويصبح الاتجاه إلى هؤلاء الأطبَّاء هو أمر مؤكد من قبل المرضى.

ولاشك أن ضعف المعلومات ونقص الخبرة يؤديان وبشكل سلبي إلى ضعف العلاقة بين الأطبَّاء والمرضى، وحتى نجاح العلاقة بين الأطبَّاء والمرضى لا يتوقف فقط على التدريب والتأهيل ووجود معلومات طبية، بل يتوقف على استخدام الطبيب لهذه المعلومات.

وفي كل الأحول فإن الطبيب الجيد المؤهَّل هو الذي يستفيد من خبراته السابقة مع المرضى ويوظفها في الحالات الجديدة أو التي سوف يعالجها.

إن نجاح الطبيب واستمراره في البحث والاطلاع، ومواكبة العالم الحديث يساعده بشكل كبير على مدّ جسور التواصل مع المرضى، أو يساعده على مزيد من النجاح الأمر الذي يغير أحد العوامل الأساسية في بناء العلاقة بين الطبيب والمريض.

إن تأهيل الطبيب يوفر كثيراً من الجهد والمال وكثير من عناء المرض المتردد على المستشفيات، فكلما كان الطبيب مؤهل علمياً وفنياً وخلقياً واجتماعياً، وملمّاً بكل الثقافات أو الحد الأدنى منها الذي يخدم الغرض المطلوب في مهنته، كان ذلك ذا مردود إيجابي على العمليات الصحية والاجتماعية التي تبنى على أساس اجتماعي ثقافي.

وعلى بالرغم من التأهيل الطبي الجيد لبعض الأطبَّاء في الجانب الأكاديمي إلا أن ضعف وإهمال التأهيل الاجتماعي للطبيب يقلل من قيمته الفنية التي يتمتع بها بعض الأطبَّاء، فالتأهيل أساس كل عملية طبية، وتترك انطباعاً جيداً عن شخصية

الطبيب، وإضافة إلى ذلك مواكبة العلوم العصرية الحديثة، واللحاق بركب كل الحضارات سواء أفي الجانب الأكاديمي أم الجانب المهني والاجتماعي.

وكثيراً ما تتأثر العلاقة بين الطبيب والمريض بسبب القصور في الناحية الفنية، وكذلك القصور في الجانب الاجتماعي.

إلا أنه يمكن أن يقسم القصور إلى جزأين مهمين في هذه الناحية، النوع الأول ويكون قصورٌ بالفعل من جانب الطبيب سواء أكان ذلك في تعليمه الأكاديمي أم في الوعي الفني والاجتماعي له، مما يؤثر سلباً على المريض، وينعكس على العلاقة بين الطبيب والمريض، ويجعل المريض يفقد الثقة في الطبيب، وتتأخر عملية الشفاء.

أما النوع الثاني من القصور وهو الناشئ عن توهم المريض أن الطبيب يعاني من قصور في الجانب الاجتماعي والفني، وكذلك نقص وقصور في معلوماته بالرغم من أن الحقيقة عكس ذلك.

ويتسرَّب هذا الشعور للمريض بسبب خبرته البسيطة أو عدم فهم معاملة الطبيب، أو بسبب تجارب سابقة، وغالباً يحدث بسبب رغبة المريض في أن يلاحظ حدوث تحسُّن سريع في حالته.

وعلى الرغم مما ذكر من قصور، سواء أكان موجوداً فعلاً في شخصية الطبيب أم لم يكن موجوداً وناشئاً أساساً عن وهم موجود عند المريض، إلا أنه لابد لكل طبيب أن يلم بكل ما له علاقة بالوضع الصحي للمريض حتى يمكن من معالجته بما يتلاءم وطبيعة مرضه وطبيعة البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها.

تغير العلاقة بين الطبيب والمريض:

لا شك أن العلاقة بين الأطبَّاء والمرضى قد تغيرت بتغير الحقبة الزمنية التي دار فيها التفاعل الإنساني، ولا ريب أن الثقافة والبيئة أسباب أخرى في تغير العلاقة بين الأطبَّاء والمرضى.

ففي منتصف القرن الماضي نلاحظ أن الأطبَّاء يوجدون في المدن الكبيرة فقط،

أما في القرى والمناطق الصغيرة والناشئة فلا يوجد بها أطباء، وكان كل ما هنالك معالجون شعبيون ومشعوذون وسحرة، وغيرهم ممن يمارسون هذه الحرف، وكان الأطبَّاء يعالجون المرضى من أبناء الطبقات المتوسطة **Middle Class** وعلى العكس كانت المستشفيات تعج بالمرضى من الفقراء وأصحاب الدخول المحدودة.

وبذلك كان المستشفى يعتبر مكاناً للموت نظراً لأن أبناء الطبقة الفقيرة يدخلون المستشفيات ولا يلقون الاهتمام اللازم، ولا يملكون الإمكانيات المادية واللازمة للعلاج في البيت أو توفير ثمن العلاج المناسب لحالتهم.

وكان ((ينظر إلى الطبيب على إنه إنسان يملك مهارات وقدرات خاصة تؤهِّله لأن يكون دوره مشابهاً لدور الكاهن أو القس، حيث إنهم يملكون سلطة مقدسة**Sacerdoted Authority**))[27]

وهذه الصفة التي أطلقت على الطبيب تضعه في مرتبة يتعيَّن عليه فيها أن يسلك نمطاً معيَّناً من السلوك متوقعاً أن يتقمَّصه أثناء تعامله مع المرضى.

فالطبيب مطلوب منه أن يكرِّس حياته الخاصة من أجل المرضى، متوقع منه أن ينقذ حياة المريض بأي شكل وإلا يعتبر مقصِّراً في حق مرضاه.

ومطلوب منه أن يسرع للمساعدة عند الحاجة إليه في أي وقت، وتحت أي ظرف كان ويجيب متطلبات المرضى.

فإذا تقاعس الطبيب في أداء دوره أو حدث خطأ ما أو لم يقم بما ذكر آنفاً، فإنه يهبط من مكانته الرفيعة التي كان فيها التي يراه فيها مرضاه، أي أقل المراتب والدرجات.

ولكن مهما كان فإن المرضى لا يهمهم من الطبيب إلا سلوكه معهم، وإدراكه لمسبِّبات الألم، فكل مريض له مشاكله ومتاعبه الخاصة التي يرغب البوح بها للطبيب لهذا الشخص صاحب المكانة الرفيعة في نظره فهو يتأمل أن يكون الطبيب

كذلك وإلا يهبط عن هذه الدرجة، بمعنى يجب أن يكون الطبيب صاحب سلوك مقدّس.

وكما لا يتوقع منه أن يكون مخادعاً أو فاسقاً أو غير ذلك من الصفات البغيضة، أو المذمومة، ويتحلّى بأرقى أنواع السلوك المأمول فيه.

هذه الصفات التي يتوقع أن يتحلى بها الطبيب لا يمكن أن يدركها أو أن يعامل بها مرضاه ما لم يكن ملم بالعلوم السلوكية ومركز في دراستها ومتمتع بشخصية يستطيع من خلالها تنفيذ برامج معينة مع المرضى ويتمكن أيضاً من تفهم مشكلات المرضى وطبيعة مرضهم وكل ما من شأنه أن يسبِّب المرض والألم كالاكتئاب والأمراض النفسية الناشئة عن عدم توافق الفرد المريض مع بيئته الاجتماعية أو الأسرة أو محيط العمل أو الأصدقاء أو غير ذلك.

وأكثر ما تتجلّى قدسية الأطبَّاء في اهتمامهم بالمرضى كبار السن والمرضى أصحاب الأمراض المزمنة، وكذلك ممن يعانون أمراضاً نفسية. فالمرضى الذين يعانون أمراضاً من هذا النوع يحتاجون أكثر ما يحتاجون إلى الحب والحنان كاحتياجه للعلاج إن لم يكن أكثر.

فانحصار العلاج في الجانب غير النفسي يحجب على الطبيب التعامل مع المريض ((كموجود إنساني محتاج إلى الرعاية والحب بجانب التشخيص والعلاج، ولكن محتاج إلى إعادة الطمأنينة إليه **Reassarance** والعناية به)) [28]

وبغض النظر عن المريض فإن أسرة المريض قد تواجه مشكلات مع الأطبَّاء تعيق عملية العلاج، وتجعل أمر معاودة الرجوع إلى الاستشارة الطبية أمراً غير وارد، وخصوصاً إذا ما عجز الطبيب عن الإيفاء بمتطلبات الأسرة الصحية.

وهذا يعني فيما يعنيه ((استمرار العلاقة بينه وبين مرضاه طوال فترة من الزمن يحدد كل اتصال بين الطبيب والمريض إلى حد ما طبيعة العلاقة التي ستكون في

الاستشارة القادة. إذا نجح الطبيب في علاج أحد أفراد العائلة سيقدم عليه الآخرون بمزيد من الثقة)) [29].

فتكرار الزيارة للطبيب والمراجعة جزء من العملية العلاجية، إلا أنها مرهونة بمدى قدرة الطبيب على تأدية دوره بدقة وتفهم العلاج الكلينكة والاجتماعية في آنٍ واحد مما يتيح له تكوين علاقات مع المرضى وأسرهم.

وقد يكون من ضمن الأسباب التي أثرت على علاقة الأطبّاء والمرضى هو عدم قدرة الطبيب على استخدام المدخل السلوكي في العلاج الطبي فيجب على الطبيب إلا ينظر إلى المريض على أنه حالة مرضية فقط، بل يجب عليه أن ينظر إلى المريض على أنه حالة سلوكية تحتاج النظر إلى بيئة المريض وظروفه الاجتماعية، وكل ما من شأنه أن يسبب المرض والألم.

إلى جانب ذلك يجب على الطبيب لكي يكون ناجحاً أن يراعي ((السمات الديموجرافية مثل العمر والجنس والحالة الاجتماعية التي تتأثر وتؤثر في صحة الأفراد، كما أن العوامل الثقافية أيضاً تؤثر في الإحساس بالصحة والمرض كما تؤثر المعايير أيضاً في التعريف الاجتماعي للصحة فنجد مثلاً أن الجماعات العرقية **Ethnic Group** تختلف استجابتها للمرض من جماعة إلى أخرى)) [30] لذلك نرى أن المرض يختلف من جماعة إلى أخرى حسب نوع الثقافة وحسب الجنس والعمر وغيرها من المتغيرات التي تؤثر على حالة الصحة والمرض عند الإنسان.

ولا يخفى على كثير أن المرض يختلف في تعريفه من مجتمع لآخر، وكذلك الصحة، فاختلاف الثقافات واختلاف الشعوب يرسم انطباعاً مختلفاً في كل مجتمع حيال الصحة والمرض.

وإذا ما بحثنا في أسباب تغير العلاقة بين الطبيب والمريض نرى أن هناك جملة من الأسباب غير التي ذكرت آنفاً، فعلى سبيل المثال كشف عدد من الدراسات أن الطبيب الذي لا يجيد الدور الملائم للمرض يفقد سلوك التعامل مع المرضى وخاصةً

المرضى الذين يحاولون الانتحار.

فإن لم يكن الطبيب ملمّاً بالمدخل السلوكي، استعصى عليه الاستجابة لمثل هذه الأنواع من الأمراض، وكذلك المرضى الذين يسلكون السلوك العدواني، كل هذه الأمراض تعتمد بشكل كبير على حنكة الطبيب، ومدى استيعابه للمشكلات الطبية الاجتماعية.

ولعل المشاركة من بين المتغيرات التي أثرت على علاقة الطبيب بمرضاه، فقد أثبتت كثير من الدراسات أن الأطبَّاء الذين يميلون للعمل الفردي يشعرون بالإنهاك السريع، وصعوبة الإلمام بكل المتطلبات للمرضى مما يعيق عمله بشكل كبير.

إلا أنه الآن أصبح الأطبَّاء يميلون إلى العمل المشترك في كثير من العمليات الطبية والاجتماعية، ولعلّ العمل المشترك بين الطبيب الممارس العام وطبيب الأعصاب والأخصائي النفسي والاجتماعي والممرِّض وغيرهم من ذوي الاختصاصات ذات الأهمية في الحالة المرضية يجعل مهمة الطبيب سهلة، ويشعره بالراحة في التعامل مع المرضى.

وعلى سبيل المثال إن واجب الأخصائي الاجتماعي في المستشفى ((تشجيع المرضى على تقبل حالتهم المرضية بإزالة أسباب القلق والخوف وطمأنتهم على مستقبلهم ورفع الروح المعنوية لتقبل العلاج مع تبصير المريض بحالته وإشاعة الأمل في نفسه))[31] .

فالمشاركة بين الأطبَّاء عامل مساعد على تقبل الأطبَّاء، وتخفيف الأعباء، وعدم شعورهم بالملل والإحباط جرَّاء العمل المضني والمتواصل، وعدم الإلمام بكافة التخصُّصات التي قد تحتاج إلى عمل فكري معقد من أجل الوصول إلى تحليل لتركيبتها، وخاصة إذا كانت هذه التركيبة اجتماعية ثقافية.

ولعل من أسباب تغير العلاقة بين الأطبَّاء والمرضى هي حسب ما يرى كثير من الباحثين، استشارة الأطبَّاء حول أمراض يرى الأطبَّاء أنها تافهة كالصداع مثلاً أو ألم الأسنان ونزلات البرد...إلخ.

التي في نظر الطبيب أنها أمراض عادية تصيب جميع البشر، ولابد من أن يصاب بها كل إنسان، وأن استشارة المرضى للأطبَّاء في هذا النوع من الأمراض هو نوع من ضياع الوقت وهو مرض تافه لا ينبغي الالتفات إليه.

وهذا بالتالي يؤثر على علاقة الطبيب بالمريض كما نعلم، فالمريض كما سبق ذكره، يرى قدسية خاصة في الطبيب.

والطبيب يفقد هذه القدسية في حال أنه لم يعر المريض اهتماماً مهما كان نوع المرض الذي يعاني منه.

علاقة الطبيب بالمرُضة :

لعل من أبرز وأهم العلاقات في العملية الاجتماعية هي علاقة الطبيب بالممرِّض، أو علاقة الأطبَّاء بهيئة التمريض.

فالتمريض مهنة مقدسة كغيرها من المهن الأخرى إن لم تكن هي المهنة الأكثر أهمية في العملية العلاجية بعد مهنة الطبيب.

إن الأطبَّاء وهم يقومون بعملهم في المستشفى أو العيادة أو أي مرفق صحي آخر لا يكون أداؤهم على أكمل وجه ما لم يكن هذا العمل مدعَّماً بطاقم تمريض متميز يزيد من قدرته على العطاء، ويساعد الأطبَّاء في القيام بأعمالهم الطبية والجراحية.

إن التمريض هو عمل إنساني بالدرجة الأولى أكثر من كونه عملاً مهنيّاً أو وظيفة عادية.

ففي العمل العادي أو الوظيفة العادية فإن الموظف غير مسؤول عن تحمل أي أعباء لا تمتُّ له بصلة، وغير مضطر لمساعدة الآخرين إذا لم يكن يرغب في هذه المساعدة.

أما الممرِّضة أو الممرِّض فهما مضطران لمساعدة الآخرين، وأقصد بهم المرضى في المستشفى، نظراً لكون عملهم إنسانيّاً بالدرجة الأولى، ونظراً لكون الممرِّضة أو الممرِّض يوصف كلٌّ منهما بالرقة والحنان، لمعاملة المرضى معاملةً تريحهم وترفع معنوياتهم.

إن كثيراً من المجتمعات تنظر إلى مهنة التمريض وكأنها مهنة غير أخلاقية، ولا يرتادها إلا أصحاب الأخلاق الوضيعة، وكان هذا الاعتقاد سائداً في الماضي، ولا يزال يعشش في أذهان الناس، أو بعض الناس في الوقت الحالي.

إلا أن مهنة التمريض في حقيقة الأمر هي مهنة على درجة عالية من المسؤولية والأخلاق النبيلة التي ينبغي أن يتحلى بها العاملون فيها، بالإضافة إلى كونها عاملاً مساعداً للطبيب في عمله، وبشكل كبير جداً.

((ونمت مهنة التمريض في ضوء التقدم الذي أحرزه علم الطب، واستخدم في بداية الأمر فتيات تحت التمرين يعملن فترة طويلة من أجل اكتساب الخبرة والمهارة، وكان الطبيب في ذلك الوقت يعتبر أن التمريض جزء من أجزاء الطب))[32] .

فمهنة التمريض لم يتحقق لها الازدهار إلا بعد التقدُّم الذي حدث في عالم الطب، الذي صحبه تقدُّمٌ في كل مجالات الحياة، فبعد تحسُّن مستوى الصحة العامة أصبحت معدَّلات الأعمار أطولَ مما كانت عليه، الأمر الذي استدعى الزيادة السكانية التي كان لها الفضل في تقدُّم الحياة، والإنسان بشكل عام.

وكغيره من المهن والوظائف تقدَّمت مهنة التمريض، وأصبح الاهتمام بالممرِّضين والممرِّضات، إلا أن الأكثر إقبالاً على هذه المهنة من الجنسين لم يكن يخفى على أحد، فالعنصر النسائي أو الإناث بالذات كنَّ الأوفر حظّاً في ارتياد هذه المهنة.

ولعل طبيعة المرأة ورقة طبعها هو ما جعلها تتفوَّق في هذه المهنة على الرجال، أو ربما تكوينها النفسي والبيولوجي يساعدها على العمل الشاق والمضني كالتمريض.

فالتمريض يعتبر من الأعمال الشاقة وغير السهلة، خاصة وأن الممرِّضة تتعامل في المستشفى مع فئات وشرائح مختلفة من المجتمع.

وكل واحد من هؤلاء المرضى يعاني من مرض معين، ويحتاج إلى أسلوب تعامل معين، كما أنهم يرفضون عمل الممرِّضة في هذا المرفق لوصفها بالمهنة المخجلة مما

يدفعهم لازدرائها ومعاملتها بقسوة وخشونة.

ومهما يكن من أمر فإن التمريض في نظر الكثير من أقدس المهن وأشرفها وأكثرها نبلاً وإنسانية - حتى أن البعض يطلق على الممرِّض اسم ملائكة الرحمة.

وتعدُّ المشافهة بين الطبيب والممرِّض والمريض أمراً في غاية الأهمية، وعلى الفريق الطبي بالكامل أن يتعلم كيفية الإصغاء لشكوى المريض، ومن هنا لابد أن تكون علاقة الطبيب بالممرِّض على قدر كبير من التفاهم.

كما يجب على كل من الطبيب والممرِّض الإلمام بكل الموضوعات المتعلقة بالمريض، وذلك من خلال المناقشات مع المريض ومع أسرته للحصول على أكبر قدر من المعلومات عن تاريخ المرض وأسبابه، وعلاقته بالوضع الاجتماعي والبيئي.

وبالإضافة إلى ذلك لابد أن يلم كلٌّ من الأطبَّاء والمرضى بكل ما من شأنه أن يخدم المريض أو العملية العلاجية بشكل عام، وذلك من خلال الاطلاع الموسَّع والاستماع إلى البرامج الاجتماعية والصحية، وقراءة الكتب والمجلات وغيرها من وسائل الاتصال.

ولنجاح العملية العلاجية وكما يرى كثير من العلماء والمتخصِّصين في هذا المجال أن وجود قدر كبير من الأحاسيس والمشاعر عند كلٌّ من الأطبَّاء والمرضى أمرٌ في غاية الأهمية، وكذلك بين الممرِّضات والمرضى، فإن متاعب الحياة اليومية، والروتين اليومي الذي يعاني منه كلٌّ الطبيب والمريض لابد أن يبدد من خلال وجود نوع من المشاعر الطيبة والأحاسيس المرهفة، ووجود نوع من البشاشة وإشراقة الوجه كي يخفف الأطبَّاء من عبء المرض الملقى على عاتق المريض، كذلك الممرِّضة لابد أن تكون على علاقة جيدة مع الطبيب كي تنسى متاعب العمل وهموم المرضى التي تثقل كاهله وكاهل الطبيب.

((وقد نصح د.فردريك لويس كل طبيب ناشئ يطلب مساعدته أن يشارك مرضاه

في السراء والضراء اشتراكاً عاطفياً فعلياً، فيفرح لأفراحهم ويحزن لأحزانهم، بهذا يمهد لهم سبل الشفاء، أو على الأقل يخفف وطأة المرض))[33]

وقبل هذا وذاك لابد لكل من الطبيب والممرِّض أن يبذلا جهداً مضاعفاً في اللياقة والسلوك وغيرها من أساليب التعامل اليومي بين الطبيب والممرِّضة، وهذا ينعكس على التعامل مع المرضى بالإيجاب، وأهم ما في العملية العلاجية هو وجود علاقة حميمة ومهذَّبة بين الطبيب والممرِّض وبين الطبيب والممرِّضة ومرضاهما.

إن وجود مثل هذا النوع من العلاقات والتفاهم والمشاعر الدافئة ينعكس إيجابيّاً على المريض وأسرته، وكذلك تقبُّل المريض للعلاج، وقبوله بوجود علاقة حميمة مع الطبيب يمكن من خلالها أن يفصح عن أهم المشكلات التي يعاني منها المرضى، والتي تكون بسبب البيئة الاجتماعية.

ولعل أصعب ما يواجه الطبيب والممرِّضة هو أن يُوَاجَها بمشاعر العدوانية والعداء من جانب المرضى الذين يصابون بنوبات هسترية غير واعية في بعض الأحيان نتيجة لما يعانونه من مرض قد يطول أو يقصر.

وهذا يرتبط بعلاقة الممرِّضة بالطبيب أشد الارتباط، فوعي الممرِّضة وتفهُّمها لتقارير الأطبَّاء عن أعراض كل حالة على حده، تجعلها أكثر قدرة على استيعاب كل الحالات المرضية.

وهنا يكمن دور الممرِّضة في مساعدة المريض وجعله يستقبل العلاج ويتقبَّل تعليمات الطبيب.

ومن هنا لا يخفى علينا الدور الاجتماعي لعمل الممرِّضة والطبيب، فإذا ما نظرنا إلى التعامل اليومي في أي مستشفى نجد أن معظم ما يدور في المستشفى ما هو إلا عمليات اجتماعية وثقافات بيئية مختلفة، ما على الطبيب إلا أن يدركها ليستطع من خلالها تفهم حالة مرضاه ويعش مشكلاتهم، وما على هيئة التمريض إلا توسيع إدراكهم وإلمامهم الكامل بكل الوسائل التي من شأنها أن تخدم العملية العلاجية.

البعد الاجتماعي للصحة والمرض :

لاشك أن تقدُّم المجتمعات مرهون بتقدُّم الوضع الصحي فيها ، فإن التقدم في كل مجتمع ينظر إليه من خلال ارتفاع نسبة الأصحاء، وانخفاض نسبة الوفيَّات ؛ فهي مؤشر على ارتفاع معدّلات الصحة والوضع الصحي.

ويمكننا اعتبار تأخر المستوى الصحي في بلد من البلدان دليلاً على التخلف الصحي والاجتماعي، وكذلك تدني مستويات المعيشة وتوزيع الثروة، فالرعاية الصحية تعتبر جانباً مهمّاً في الحياة من حيث الإيجاب والسلب، ومن حيث رقي وتقدُّم ذلك المجتمع من عدمه.

((ويؤكد الكثير من الباحثين على الصلة المباشرة بين الواقع الصحي وبين الواقع الاجتماعي فقد أشارت الدراسات التي قام بها كلاًّ من ليفين وسكوتش وميكود وايكمان[Levine and Scotch 1956 -1974]

إلى أن الضغط النفسي والاجتماعي يؤدي إلى إصابة الأفراد بالكثير من الأمراض الجسمية والعقلية كمرض القلب وعسر الهضم والاضطربات العقلية))[34]

فكثير من الأمراض العضوية تكون بأسباب اجتماعية، بمعنى أن الواقع الاجتماعي يترجم الحياة التي يحياها الفرد في الجماعة والتي يصاب فيها بالأمراض المختلفة من خلال تفاعله مع أفراد الجماعة، فيصاب بالاكتئاب أو عسر الهضم أو التهاب في الإثني عشر أو صداع نصفي أو ارتفاع في مستوى ضغط الدم، أو غير ذلك من الأمراض التي تعرف بأنها ترجع إلى أسباب اجتماعية في غالب الأحيان، أو أسباب وراثية في أحيان أخرى.

إلا أن هذا الأمر ينطبق على كثير من المرضى الذين يعانون من أمراضاً بسبب البيئة الاجتماعية، وتكون تلك الأمراض ظاهرة وكأنها أمراض ذات مسوغات عضوية، ولها طابع المرض العضوي، ونفس الأعراض تقريباً، وحتى شكوى المريض لا تبدو في البداية أنها مرض اجتماعي ناشئ من خلال التفاعل الإنساني في البيئة.

((وتشير المراجعات التي أجراها كل من دوهرنون Doherwend وجوف [Gove] للعديد من الدراسات الاجتماعية في هذا المجال بأن من أهم أسباب زيادة احتمالات الإصابة بالمرض عند المرأة هو ازدواجية دورها وتعدد مسؤليَّاتها المنزلية والوظيفية)) [35]

وهذا يعتبر نوعاً واحداً فقط من الأمراض التي تحدث للمرأة بسبب تعدُّد الأدوار، وضغوط العمل والمنزل التي تؤدِّي إلى إصابة الناس بالكثير من الأمراض كالاضطرابات النفسية واعتلال في الصحة العامة، خاصة عند المرأة المتزوجة.

وإذا ما وقفنا على موضوع المرأة العاملة التي تقوم بأعمال كثيرة في حياتها، نرى أنها لا تملك الوقت لمراجعة الأطبَّاء، أو الاهتمام بصحتها نظراً لكثرة الالتزامات التي تثقل كاهلها، وعلى العكس نرى المرأة التي لا تحمل أي التزامات أو أعباء عمل أو محدودة القدرة والعطاء لا تعاني مما تعانيه السيدة الأولى في هذه الدراسة. بل تكون على عكس الأولى حيث تسرع لمعاونة الأطبَّاء في حالة شعورها بأي ألم مهما كان بسيطاً.

وفي عدد من الدراسات توصَّل الباحثين إلى أن العاملين في وظائف تحتوي على متطلبات غاية في الصعوبة والمسؤوليَّات والمواعيد وغيرها، يصاب أصحاب هذه الوظائف بأمراض القلب والقرحة وغيرها من الأمراض المزمنة والصعبة في علاجها.

هذا إذا ما أخذنا الوظائف كنموذج للأمراض التي يمكن أن تؤدِّي إلى إصابة أصحابها ببعض الأمراض بسبب ما يلاقونه في وظائفهم من متاعب ومشاق.

ومن الجانب الآخر نرى أن الحياة الزوجية والأسرية، وحياة الجماعات القرابية كلها علاقات تدور فيها أنواع مختلفة من التعاملات اليومية وهي نسق من التفاعلات التي لا تنتهي أبداً، وهي في مجملها مناخ للتفاعل القومي واللا محدود مع عدد من الأفراد الذين يمتلكون القدرة أو لا يمتلكون القدرة على الخوض في هذا المضمار الصعب، الذي إما أن يتغلب الإنسان على جميع مصاعب الحياة، وتكون له إرادة قوية يجابه بها المرض، ويقضي عليه، وإما أن ينهار أمام تيار المشكلات الاجتماعية الناتجة عن هذا التفاعل اللامحدود الذي يحكم بشبكة من العلاقات اللامتناهية، ويقع فريسة لمرض، وقد يكون فريسة للوهم.

فالأسرة المتصدِّعة على سبيل المثال التي تكثر بها الصراعات والمشاكل الزوجية، يصاب معظم أفرادها باضطرابات نفسية، وخاصة إذا كانت هذه الأسرة تضم في أعضائها أفراداً مدمنين على الكحول أو المخدرات وهذا يؤدِّي إلى تفكُّك وصراع نفسي ويترتب عليه أمراض نفسية واجتماعية لا حصر لها.

((ويشير ميوتر وشلايفير Mutter and Schleifer في دراسة لعدد 42 أسرة متصدِّعة أو تعاني من اضطراب في العلاقات السائدة بين الزوجين فيها أن أطفال هذه الأسرة أكثر عرضة للإصابة بالمرض، حيث تنعكس كل هذه الظروف على أسلوب رعاية الأطفال بهذه الأسرة)) (36).

إن الوضع الصحي مرهون بمدى تلاؤم العلاقات الاجتماعية السائدة بين الأفراد في أي مجتمع من المجتمعات، فكلما كانت العلاقات الاجتماعية قوية كانت احتمالية إصابة أفراد الجماعة الواحد بالمرض ضئيلة.

فوجود علاقة غير ذات جدوى بين الطبيب والمريض تعتبر سبباً لإصابة المريض بأمراض نفسية، وعقد اجتماعية متراكمة أكثر من المساهمة في العلاج، وعلى عكس ذلك فإن فرصة وجود علاقة وديِّة طيِّبة بين الطبيب والمريض تعطي المريض فرصة الشفاء، واستيعاب نوع وحجم المرض الذي يعاني منه.

للمرض أبعاد اجتماعية كثيرة، كذلك للتغير الاجتماعي الحاصل في المجتمعات أثر كبير على الصحة العامة، ولا ننسى أن للمرض فئاتٍ خاصَّةً ومعيَّنةً، تصيب أفراد معينين، فكل فئة يسود فيها نوع من المرض يختلف عن أمراض الفئات الأخرى.

علاقة الأسرة بالمرض:

إن الأسرة هي النواة الأولى التي يتشكَّل فيها الأبناء، وهي حجر الزاوية في كل مجتمع، وبدون الأسرة التي لا تتمتع بمستوى صحي جيد، يحدث تحلُّلٌ في الصحة العامة التي يتشكَّل فيها المجتمع.

وكما هو معروف فإن الأسرة تختلف باختلاف المجتمعات ؛ فهناك الأسرة الممتدة والأسرة النواة.

ولكن ما يهمُّنا في موضوع الأسرة وعلاقتها بالمرض، هو كيف يمكن أن تكون الأسرة سبباً في الإصابة بالمرض، وفي نفس الوقت كيف يمكن أن تكون الأسرة مصدراً للصحة والسعادة.

ولعل حجم الأسرة وما يتبعه من انخفاض في مستوى التعليم والدخل وازدحام المسكن وغيرها من الأمور الأخرى التي سوف يرد ذكرها تؤدِّي ولاشك إلى تدهور في الصحة العامة للأسرة.

فحجم الأسرة الكبير نسبيّاً يؤدِّي لإصابة أفرادها بأمراض مختلفة، وقد بيَّنت الكثير من الدراسات وخاصة دراسة **Lecs and Newson 1954** ((ليزونيوسن بانجلترا واسكوتلاند فيرجسون وفي استراليا (بيلز**Blles**) (**1971**)، وفي الولايات المتحدة الأمريكية تاكمان وريجان **Tuckman and Regan (1967)**))[37]

حيث لاحظ كل هؤلاء أن الأسرة التي تنظِّم خصوبَتَهَا، وعملية الإنجاب فيها تكون أكثر تكيُّفاً، وأقل عرضةً للأمراض، وتحقِّق توازناً بين الحاجات المادية لأعضائها وقدرة الأسرة على توفيرها.

وهناك نمط آخر من الأسرة التي يوجد فيها طفل وحيد الأبوين، فتكون أكثر عرضة للمرض والاضطرابات النفسية والعاطفية والاجتماعية.

وبالإضافة إلى كل ذلك فإن سوءَ التغذية الناتج عن زيادة حجم الأسرة، وقلة في الموارد والإمكانيات المتاحة التي من الممكن أن توفر للأبناء حياة كريمة، وقدراً كبيراً من الرعاية الصحية والبدنية يكون لها بالغ الأثر على الصحة والمرض.

وكما لا يخفى على أحد أن التشوّهات الخلقية التي تظهر في الأسرة، والناتجة عن العوامل الوراثية وليس من البيئة. فالأعراض المختلفة التي تصيب الأبناء في الأسرة

ناتجة عن زواج الأقارب أو بسبب الوراثة حيث تنتقل الأمراض من الآباء إلى الأبناء.

ومن ذلك مرض عمى الألوان والضمور أو الضعف في العصب السمعي والصفراء وارتفاع ضغط الدم، وغيرها من الأمراض الوراثية.

وينصح الأطبَّاء بالعناية عند اختيار الأزواج، بحيث يصبح الأبناء أصحَّاء في الأسرة، فالانتقاء من الأساسيَّات الأولى في الزواج خوفاً من انتقال المرض من الأم إلى الأبناء، أو من الأب إلى الأبناء، بالإضافة إلى العناية بالأم الحامل والأطفال في السنوات الأولى من أعمارهم والوقاية من جميع الأمراض التي يمكن أن تصيب الأطفال في السنوات الأولى من العمر.

ومن ناحية أخرى فإن للمرض تأثيراً كبيراً على تأدية الفرد لدوره في المجتمع سواءً أكان أحد الوالدين أم الأبناء، وكذلك له تأثير على أداء الفرد لدوره في الحياة الزوجية، وغالباً ما يكون للمرض التناسلي بالغ الأثر في حياة الأزواج.

فإصابة أحد الزوجين بمرض جنسي، أو حدوث حالة عجز جنسي يجعل أحد الزوجين في مظهر الضعف بالنسبة للطرف الآخر، كذلك ينظر إليه وكأنه عاجز عن تأدية وظائفه الجنسية.

وبلا أدنى شك فأن للمرض النفسي أثراً بالغاً في حياة الأفراد ولاسيِّما تلك الأمراض الوراثية، أو التي تصيب غالباً التوائم المتشابهة حيث ((وجد أنه إذا أصيب أحد التوائم بالعصاب، فعادة ما يصاب الآخر بنفس المرض))[38]

إن غالبية الأمراض التي تحدث بسبب التفاعل الاجتماعي، أو ناتجة عن مشكلات اجتماعية في الأسرة لا تعالج في الغالب.إلا بنفس الطريقة الاجتماعية التي كانت السبب في ظهورها.

كما أن الأمراض تختلف في الشكل والتركيب باختلاف المجتمعات، وباختلاف الأسرة وباختلاف البيئة والتركيبة الاجتماعية.

فلا يعني أن أعيش في أسرة غنية أنني أتمتع بالصحة ولا أتعرَّض للمرض.

إن الفرد في الأسرة معرَّضٌ للمرض بغضِّ النظر عن الوضع الاقتصادي للأسرة سواءً أكان من الأغنياء أم الفقراء.

إن معظم الأطبَّاء - إن لم يكن جميعهم - لا يعيرون الأسرة والدور الذي تلعبه أي أهمية في العملية العلاجية بالرغم من كون هذا العامل سبباً رئيسيّاً في تماثل المريض للشفاء.

فمعرفة تاريخ الأسرة المرضيِّ، والمشكلات الاجتماعية والوراثية التي تعاني منها، يساعد الطبيب المعالج على حلِّ الكثير من المشكلات المرضية، إن تعامل الطبيب مع أسرة المريض أثناء مرضه يزيد من تعمُّقه في المشكلة التي يعانى منها المريض، ويصل به إلى أسرع الحلول.

((إن لكل مجتمع علله وأمراضه، وهي جزء من ثقافة المجتمع، وإفراز طبيعي لحياة الناس في محيط معين وبيئة معينة وظروف معيشية معينة))[39]

إن اختلاف الثقافات واختلاف الشعوب يعتبر نقطة أساسية في مشكلة تفهم الأطبَّاء للمرض.

فالطبيب المعالج عندما يكون من بيئة مختلفة عن بيئة المريض، ويحمل ثقافة مختلفة عن ثقافة المريض فهذا يعني أن المرض لا يمكن أن يعالج بشكل سريع، وحتى أساليب العلاج الاجتماعي، ورموز التحاور بين الأطبَّاء والمرضى تكون غير واضحة وناقصة.

فلكي تتم العملية العلاجية بشكل ناجح، ولكي يكتمل التفاعل الاجتماعي، ويعطي نتائجَ وثماراً مقبولة، لابد أن تكون البيئة الثقافية لكل من المريض والطبيب واحدةً حتى نتحصَّل على نتائج مميَّزة.

ولعلَّ من واجب كل أسرة كي لا تكون سبباً في الإصابة بالأمراض، خاصةً

الأمراض الوراثية التي تنتقل عادة من الوالدين للأبناء، من واجبها إجراء الفحوصات الدورية، وبشكل مستمر لضمان جيلٍ خالٍ من التوتُّرات التي تكون سبباً في الإصابة بأمراض نفسية كالفصام والاكتئاب والانطواء وغيرها من الأمراض التي تصيب الأطفال جرَّاء معاملة الوالدين غير التربوية.

كما أن التربية الحسنة، ومعاملة الأبناء بالأسلوب المناسب، واستخدام أحدث الطرق في التربية، يعطي الفرصة للأبناء كي يعيشوا في مناخ أسريٍّ مفعم بالحيوية والحنان، وخالٍ من الأمراض.

إن دور الطبيب كمرشد اجتماعي له بالغ الأثر في توعية الأسرة بأهم المشكلات التي يمكن أن تتعرَّض لها جرَّاء سوء معاملة الأبناء، فدور الطبيب مهمٌّ حيث يقع عليه قدر من التوعية والتثقيف الصحي، فكل ما يشغل بال الأطبَّاء والمعنيين بالشأن الصحي هو خلق بيئة صحية واعية، فإدراك الطبيب لدوره في توعية الأسرة من أهم أسباب نجاح العمل الطبي.

إن الأسرة لابدَّ أن تتعاون مع الطبيب ليسودَ جوٌّ من التفاهم الصحي ولمعرفة دور الطبيب كان لزاماً على الأسرة أن تستمع لتعليمات الطبيب، وتستجيب لطلباته، وتنفيذ تعليماته التي من شأنها أن تحافظ على صحة المريض من أن تسوء.

إن عمل الأسرة في محيطها الاجتماعي مكمِّلٌ لعمل الطبيب في المستشفى، فالاستشارة الطبيَّة لا تأتي بأي مفعول ما لم تكن معها استشارة اجتماعية وخصوصاً إذا ما كان المريض يعاني من مرض له أبعاد اجتماعية.

الدور الاجتماعي لأطباء المستقبل :

إن الطبيب مطالب في الوقت الحاضر بأن يكون من أبناء المجتمع الذين يتفهمون مشاكل مرضاهم، ويبحثون عن سبل راحتهم ويسعون إلى تطوير أنفسهم بشكل مستمر.

إن علم الاجتماع الطبي يتميز عن غيره من العلوم في كونه ((يتناول الميدان الصحي بوصفه نظاماً اجتماعياً وثقافياً، أي بوصفه مجموعة المؤسَّسات النظاميَّة التي تستهدف إشباع احتياجات الناس إلى المحافظة على الصحة ومقاومة المرض، كما يهتم بدراسة الجوانب والاعتبارات غير المادية، ذات الطبيعة الاجتماعية والثقافية))[40].

فعلم الاجتماع الطبي يهتم بمسائل أكثر أهمية من العلاج البيولوجي للمريض فاهتمامه بالعوامل الاجتماعية وإشباع احتياجات الفرد الاجتماعية، التي تعمل كمثبطات للمرض فهي جانب غير مادي، منها معنوية واجتماعية في ذات الوقت.

إن الدور الذي يتوقعه دائماً من الطبيب أن يكون ملمّاً بجوانب المرض، بشوش الوجه، يتمتع بشخصيَّة ظريفة ومتفهم، ومستمع جيِّد، ومحاور لبق وكثير من التوقعات الأخرى.

لكن علم الاجتماع الطبي يأمل في طبيب المستقبل أن يكون ملمّاً بكل العمليات الاجتماعية والطبية والأخلاقية والثقافية وأن يتسلح بالمعرفة والاطلاع الدائم على كل ما هو حديث في مجاله.

إن أخلاق المهنة تفرض على الطبيب أن يكون صاحب شخصية مغايرة لغيره من شرائح المجتمع، ويمتلك من المهارات والأساليب ما لا يمتلكه غيره.

لابد لطبيب المستقبل أن يكون متَّسع الأفق، ولا يجعل عمله يقتصر على العلاج الطبي ويهمل جوانب اجتماعية ونفسية مهمة.

((فقد بدا أن الممارسة الطبية، بتركيزها على الجانب العلمي والتكنولوجي قد افتقدت جانبها الإنساني، وهى ظاهرة أطلق عليها في المجتمعات الغربية De-Humanization of Medicine))[41]

بالإضافة إلى ذلك أن الطبيب لا يجب أن يتجرَّد من الإنسانية عند التعامل مع مرضاه أو أُسرهم، بل يجب أن يكون ليِّن الجانب حسن المظهر والسلوك، بشوش

الوجه يملك من اللباقة والأسلوب ما يمكنه من استيعاب كافة الثقافات التي ترد عليه في كل يوم.

كذلك على الممرِّضين أن يمتلكوا من الصفات ما لا يقل عن الصفات التي نطلب من الأطبَّاء امتلاكها.

فأغلب العمل الطبي في المستشفى يكون فيه الاحتكاك بين الممرِّضين والمرضى، فلقاء الطبيب بالمريض يقتصر على فترات معينة، أما الممرِّضين والممرِّضات فهم جل وقتهم مع المرضى، ويتعين بهم المرضى بشكل كبير وفي كل لحظة، وهم الوسيلة الوحيدة للاتصال بالأطبَّاء.

كما أن من ضمن الأدوار المتوقعة من الأطبَّاء في المستقبل أن يتعاملوا مع أجهزة ومعدَّات حديثة تناسب السرعة في التطوُّر العلمي الحديث.

فالمرضى في العادة يلجؤون إلى الطبيب صاحب السمعة الحسنة الذي يمتلك معدات حديثة تمكنه من الكشف على المريض بسهولة ويسرٍ، وبصورة تبعث الراحة والاطمئنان في نفس المرضى.

إذا ما أردنا حقاً أن نبحث في الدور المتوقع من الطبيب والممرِّضة والممرِّض والأجهزة التي يعملون بها، لوجدنا أن التطوُّر في التعامل والاطلاع المستمر على الحديث في كل شيء سواءً أفي مجال العلم النظري أم التطبيقي أو المعاملة الشخصية وغيرها، كلها أشياء مطلوبة من الطبيب والطاقم الطبي الذي يعمل معه، لنجاح العملية العلاجية لابد للطبيب أن يدرك أهمية العوامل الاجتماعية والثقافية التي تؤثر على صحة المريض وينطلق منها كأساس في العلاج الطبي الذي يتأثر بهذه العوامل إذا ما أراد النجاح في مهنته.

أخلاق الطبيب المهنية:

كثيراً ما نرى أن للكلمة أثراً كبيراً على المرضى أو أسرهم، وكذلك على

الناس المحيطين به في البيئة الاجتماعية التي يتفاعل فيها الطبيب.

إن الطبيب الذي يكون غير موضع ثقة عند المرضى والناس فهو لا يستغل مهنته في مآرب غير أخلاقية وليس بالشخص الذي يتنازل عن مبادئ المهنة بسهولة نظراً لأنها مهنة مقدَّسة.

إن أهم الميزات التي على كل طبيب أن يتحلّى بها هي الإخلاص في العمل، فالطبيب مميز في عمله فهو ليس كالمعلم الذي يسعى للحصول على أكبر قدر من الطلاب كي يعطيهم دروساً خصوصية، ولا يستعمل المهنة على أنها مصدر لكسب المال، فالمهنة الطبية مهنة تمتاز بقدر كبير من الدقة والأمانة والإخلاص.

فالطبيب يجب أن يكون مخلصاً في عمله يسعى إلى تأكيد مبدأ المهنة المقدسة، ويحاول أن يحافظ على شرف المهنة مهما كانت الأسباب.

بالإضافة إلى الميزة السابقة التي يجب على كل طبيب التحلّي بها هناك ميزة أخرى وهي النزاهة، فالعمل الطبي في المستشفى لا يجب أن يكون وسيلة لتحصيل المال، وعلى الطبيب أن يكون نزيهاً ولا يحاول أن يبتز مرضاه كما يفعل كثير من الأطبَّاء اليوم حيث يتهاونون في علاج مرضاه في المستشفيات العامة، ولا يعيرونهم أدنى اهتمام، بينما يستقبلونهم بحفاوة بالغة في عيادتهم الخاصة والمراكز الطبية المتخصِّصة التي تفرض نوعَ المعاملة، والخدمة فرضاً على الأطبَّاء.

إن الالتزام الخلقي للطبيب وتمتعه بالنزاهة يكسبه هيبة واحترام الناس جميعاً بالإضافة إلى الصحة التي يكتسبها من خلال ممارسته العمل الطبي.

إلى جانب الميزات التي ذكرت سابقاً، هناك ميزة أخرى لابد للطبيب أن يتحلى بها وهي الصدق، ومما يجعل الناس يقبلون على أطباء دون آخرين هي مسألة الصدق في المعاملة والصدق في المواعيد والصدق مع المريض في موضوع مرضه.

إلا أن هذه القضية الأخيرة ظهرت فيها عدة آراء، فمنهم من يرى أن الطبيب يجب

ألا يكون قاسياً في معاملته مع المريض بحجَّةِ الصدق، ويصارحه بموضوع مرضه.

وهناك رأي آخر يرى أن على الطبيب أن يصارح المريض بموضوع مرضه كي يتسنَّى له إدراك ما يمكن إدراكه ولا يُخفي الحقيقة عليه مهما كانت.

إلا أنه في الواقع ينقسم الأطبَّاء في معاملتهم مع مرضهم في مسألة الصدق ومصارحتهم بموضوع مرضهم، فمنهم من يصارح المريض بموضوع مرضه مهما كان، ومهما كانت النتائج المترتبة على مصارحة الطبيب للمريض.

وهناك من يصارح أقرباء المريض بموضوع مرضه ليتداركوا الأمر دون حاجة لإعلام المريض نفسه.

وهناك من يتعمَّد عدم إخطار المريض بموضوع مرضه مراعاة منه لمشاعره، وخوفاً من عدم تحمله سماع صدمة الخبر.

إلا أنه وبشكل عام، على كل طبيب أن يكون صادقاً تجاه مرضاه، ويحاول بقدر الإمكان أن يكون متفاهماً مع مرضاه، فيصارح من يستطيع تحمل أي خبر عن مرضه، ويكتم الخبر عمَّا لا يستطيع تحمل المرض.

ومن بين الأخلاق الطبيَّة التي يجب أن يتحلَّى بها الطبيب إلى جانب ما ذكر من ميزات وصفات وأخلاق مهنية صفة التضحية والإيثار.

فالتضحية بالوقت والجهد وإيثار الآخرين، على نفسه وجعل وقته ملكاً لمرضاه، ويجب عليه عدم تفضيل مريض على آخر، إلا أن التضحية لا تعنى الإنكار المطلق للذات، ولكنه يقصد بها أن يتنازل الطبيب عن بعض رغباته الخاصة في مقابل معالجة بعض الحالات، وفي أوقات غير محدَّدة، وأن يتحمل كل ما من شأنه أن يمس بشخصية كطبيب، وأن يجعل العمل المهني من الأولويَّات التي يسعى جاهداً لإثباتها.

وهناك العديد من الصفات الأخرى ذات الأهمية في سلوك الطبيب وأخلاق المهنة وهى على التوالي، الوفاء والرحمة وتهذيب النفس وسمو الأهداف ومداومة التعلم

والتنظيم الإداري.

كل هذه المواصفات هي إبراز لدور المهنة الطبي، وهي أخلاق طبية واجتماعية على الطبيب أن يدرك أهميتها في علاج الأمراض، وخاصة التي تكون قد ظهرت بأسباب لا تقل عن هذه الأخلاق التي تعالجها بمعنى أن إدراك الطبيب لهذه الأمور التي تجعله يسمو إلى أعلى المراتب هي أساسية في العمل الطبي، وهي اللبنة الأولى، والسلاح الذي يجب على كل طبيب أن يتسلح به.

العلاقة الاجتماعية بين الأطبّاء في المستشفى :

لعل من أهم الموضوعات التي لا غنى عن تناولها موضوع العلاقة بين الأطبّاء بعضهم البعض، فشكل العلاقة بين الأطبّاء يختلف عن شكل العلاقات الأخرى التي سبق الإشارة إليها.

فعلى سبيل المثال علاقة الطبيب بالمريض وعلاقة الطبيب بالأسرة، وعلاقة الطبيب بالممرِّضة، كلها علاقات اجتماعية ملحوظة، ولا يمكن المفر من تبريرها.

فكل هذه العلاقات لابد أن يحدث فيها صورة من صور التفاعل المباشر، وغير المباشر وينتج عنها نوع من الفهم والوعي الإنساني لمعنى العلاقة.

إلا أنها تختلف اختلافاً جذرياً عن العلاقات الأخرى كالعلاقة بين الأطبّاء بعضهم بعضاً، فهذا النوع من العلاقات يحتاج إلى تفسير دقيق، ومن نوع خاص فأصحاب المهنة المشتركة يختلفون في تفاعلهم مع بعضهم بعضاً اختلاف العلاقة مع غيرهم من أصحاب المهنة الأخرى.

فلكي نفسِّر هذه العلاقة التي تنشأ بين الأطبّاء مع بعضهم بعضاً لابد أن نفهم طبيعتها ونوعها أوَّلاً.

فطبيعة العلاقة عادة بين الأطبّاء هي علاقة مهنة، ونوع هذه العلاقة هي علاقة مؤقتة في أغلب الأحيان.

إن الأطبَّاء يشغلون معظم أوقاتهم في الوظيفة، ولا يتَّجهون إلى إحداث نوع من العلاقات الاجتماعية والتفاعلية مع المجتمع ومع أقرانهم الأطبَّاء إلا في أضيق الحدود.

وإذا حدث هذا النوع من التفاعل يكون محدود الجانب، ومقتصراً على عدد محدود من الأقارب أو أصحاب الدراسة الجامعية.

ولعل ما يربط هذه الفئة مع بعضها بعضاً كما هو ملحوظ، هو الأداء المهني والاستشارات والمؤتَّرات العلمية فقط.

إن وجود علاقة اجتماعية قوية بين الطبيب وزميله الطبيب ترجع في الأساس إلى المنشأ الاجتماعي للطبيب، وبما أن معظم الأطبَّاء ينشؤون كغيرهم من الأشخاص العاديين في أسرة اجتماعية، وهذا ما يجعل المريض وأسرته يتوقعون من الطبيب أن يكون اجتماعيّاً في سلوكه، ويحمل نفس المواصفات التي تربَّى عليها داخل الأسرة.

إلا أن هذه العلاقة بين الأطبَّاء قد تتأثر بسبب عدم التفاهم بين الأطبَّاء بعضهم بعضاً، إن وجود علاقات غير وديَّة بين الأطبَّاء يعيق بالتأكيد عملية العلاج في المستشفى، ويحجب التعاون والتفاعل بين الأطبَّاء، وتنعكس وبدون شك نتائج سوء التفاهم هذه على المرضى الذين يكونون ضحية الصراع الواقع بين الأطبَّاء.

إن الطبيب يفقد مكانته الاجتماعية والمهنية إذا لم يتمكَّن من السيطرة على مشاعره، وإنهاء عمليات الصراع الناتجة بينه وبين زملائه داخل المؤسَّسة الطبيَّة.

إن المرضى بحاجة إلى خبرة الأطبَّاء وتساندهم، وليس من مصلحتهم على الإطلاق وجود صراع بين الأطبَّاء، وقد يكون هذا الصراع مع بعضهم بعضاً، أو حتى مع أسرة المريض ذا مردودٍ سيءٍ على المريض والعملية الطبية بشكل عام.

لاشك أن الضغوط الاجتماعية التي يتعرَّض لها الطبيب من المسؤولين بالمستشفى، أو من قبل الأطبَّاء الأكثر خبرة أو القدامى يجعله يشعر بأنه أقل درجة، خاصة إذا كانت الإدارة في المستشفى تضم عدداً من الأطبَّاء الحديثي التخرُّج.

إن وجود أطباء حديثي التخرُّج من كليات الطب يمارسون أعمالهم في مواقع إدارية ومسؤولة في الإدارة، وهم ليسوا مؤهَّلين لذلك، يجعلهم يتعرَّضون لنوع من الصراع مع الأطبَّاء الأكثر خبرة والقدامى في المهنة والمستشفى.

فالأطبَّاء ينظرون إلى أنفسهم وكأنهم أصحاب حقوق في المواقع الإدارية إذا تجاوزوا سن الشباب، وقد أمضوا فترة كبيرة في مهنة الطب.

إن العمل في مهنة الطب يحتاج إلى نوع من الاستقرار في الوظيفة، ونوع من التوازن والعدالة الاجتماعية حتى يتسنى للطبيب مزاولة هذه المهنة، وإعطاء أكبر قدر من الطاقة خدمةً للمرض ولمهنة الطب.

إن الإدارة الجيدة ـ بلا شكٍّ ـ تساعد على استقرار الوضع النفسي والاجتماعي، وتحافظ على العلاقات الجيدة بين الأطبَّاء في المستشفى إذا أرادت الإدارة أن تخلق نوعاً من التفاعل المستمر داخل المؤسسة العلاجية.

لعلَّ أهم ما يميز الطبيب هو اللباس الأبيض الذي يرتديه أثناء مزاولة عمله، فهو كملاك أو حكيم يسعى لراحة البشر، وتخليصهم من آلامهم وأوجاعهم، وهذه الصورة تنطبق على الأطبَّاء المتعاونين، ونظرة المرضى والمجتمع لهم.

أما صورة الطبيب وهو يرتدي زيَّ العمليات الجراحية المتمثل في اللون الأخضر، وغطاء الرأس والوجه والكفين والحذاء الخاص يعطي انطباعاً بأنه مقبل على عمل قد يؤدِّي إلى وفاة إنسان في أي لحظة، وهذه الصورة تنطبق على الأطبَّاء غير المتفاهمين، ونظرة المرضى لهم وانعكاس هذه العلاقة على علاجهم وتفاعل الأطبَّاء معهم.

لذلك وجب على الطبيب أن يظهر في أبهى حلَّة، وأن يرتدي أفضل ما لديه من ثياب ويتعامل بأرقى الأساليب، ويلم بجميع المفاهيم الثقافية التي تمكنه من إدراك أسباب الإصابة والعلاج والمفهوم السلوكي للمرضى والأسلوب المهني المتطور الذي يحتم عليه التعامل مع الآلة الحديثة، واختيار الكلمة المناسبة لمعالجة المرضى الذين يعانون من

مشكلات اجتماعية تؤرّق مضاجعهم.

خاتمة

من خلال الاستعراض السابق لفصل العلاقات الاجتماعية بين الفئات العاملة في مجال الطب والمرض، يمكننا أن نخلص إلى حقيقة مهمة، وهي أهمية العلاقات الاجتماعية في مجال الصحة والمرض، حيث تأكد بما لا يدع مجالاً للشك أنه كلما كانت العلاقة بين الطبيب والمريض جيدة كان ذلك سبباً للشفاء، وهذا ما سنتحقق منه عملياً في هذه الدراسة.

أن أهم ما يلفت النظر عند المشاهدة الأولى هي علاقة التفاعل بين الطبيب والمريض من ناحية، وأهمية التأهيل العلمي والخبرة الفنية للطبيب من ناحية أخرى، فالتأهيل الطبي للطبيب يرتبط بشكل مباشر بعملية العلاج والتعامل مع المرضى، بالإضافة إلى دور الأسرة في عملية التأهيل الاجتماعي وأثره على الأبناء بشكل عام.

إن تغير العلاقة بين الطبيب والمريض يسبب نوعاً من الخلل النفسي والطبي عند المرضى، فكثير من المرضى يلجؤون إلى الأطبّاء لطلب المساعدة الطبية والمساعدة الاجتماعية التي لا تنفصل بأي حال من الأحوال عن المساعدة الطبية.

وخلاصة القول: إن للعلاقات الاجتماعية سواء في مجال الطب أم مجال الحياة الاجتماعية لا غنى عنها للإنسان سواءً أكان الطبيب أم المريض، فالعلاقات الاجتماعية هي المحرِّك لحياة الناس، ولا يمكن أن نتصوَّر الحياة بدون علاقات اجتماعية، فما بالك بالمريض والطبيب!

إن إدراك الطبيب لكل ما ورد في الصفحات السابقة، يعني أن الطبيب يدرك العوامل الاجتماعية والثقافية للإصابة ببعض الأمراض وعلاجها، وتجاهل الطبيب لكل هذه المتغيرات التي من شأنها أن تقلل الإصابة بالمرض يؤدِّي إلى تدهور وانحراف في صحة المريض.

يجب على الطبيب أن يعلم أهمية العامل الاجتماعي في الصحة العامة، وفي تحسُّن حالة المريض، فالتفاعل بين الطبيب والمريض يعني استجابة المريض للعلاج، وتوفر مناخ اجتماعي بين لطبيب والمريض أو بين الطبيب والممرِّضة والهيئة الطبيبة هو أمر بالغ الأهمية في توفر أسباب العلاج وارتفاع معنويات المرضى.

ومن أسباب نجاح الأطبَّاء في بعض مراكز العلاج والعيادات الخاصة، هو إدراكهم لأهمية العوامل الاجتماعية والثقافية التي تسبِّب في المرض وعلاج المرض، فكانوا على ذلك حتى تمكنوا من تكوين جمهورهم الخاص من المرضى والمراجعين.

هوامش الفصل الثالث

1- فهمي سليم الغزوي وآخرون، مرجع سابق، ص158.

2- نفس المرجع، ص 159.

3- نفس المرجع، ص 159.

4- نفس المرجع، ص 259.

5- محمد على محمد، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1991، ص89.

6- فهمي سليم الغزوي، مرجع سابق، ص 262 .

7- محمد على محمد، مرجع سابق، ص 155 .

8- نيقولا نيماشيف، نظرية علم الاجتماع طبيعتها وتطورها، ترجمة محمد عودة وآخرون، دار المعارف، القاهرة، الطبعة السادسة، 1980، ص 361.

9- فتح الله السنوسي الجدي، المسؤولية الطبِّية الليبيَّة فيما يتعلق بمرضى الإيدز، مجلة الملتقى، السنة الثالثة، العددان 8،7، 2005، ص 51.

10- على أحمد علي، الصحة النفسية ومشكلاتها ووسائل تحقيقها، مكتبة عين شمس، القاهرة، بدون سنة نشر، ص 165.

11- أحمد فايز النحاس، الخدمة الاجتماعية الطبية (التطبيق العلمي) فهمي للنشر والتوزيع، القاهرة، 1996، ص 7.

12- ماجدة السيد حافظ، مرجع سابق، ص 165.

13- نفس المصدر، ص 167.

14 - نفس المصدر، ص 169.

15- يوسف إبراهيم المشيني، مرجع سابق، ص 165.

16- عبد الله عامر الهمالي، التحديث الاجتماعي معالمه ونماذج من تطبيقاته، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، مصراته، الجماهيرية العظمى، الطبعة الأولى، 1986، ص 81.

17- الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 128.

18- محمد على محمد، مرجع سابق، ص 277.

19- نفس المرجع، ص 278.

20- نفس المرجع، ص 278.

21- محمود جمال ماضي أبو العزائم، علاقة الطبيب بالمريض، www.elzayem.com ص1

22- نفس المصدر، ص1.

23- جي روشية، علم الاجتماع الأمريكي دراسة لأعمال تالكوت بارسونز، ترجمة محمد الجوهري، احمد زايد، بدون سنة نشر، ص 215.

24 - رأفت عسكر، علم النفس الإكلينيكي، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 2004، ص 32

25 - نبيل صبحي حنا، مرجع سابق، ص 158.

26- نادية عمر، مرجع سابق، ص 94- 95.

27 – نفس المرجع، ص 154.

28 – نفس المرجع، ص 156.

29 – ديفد كاميرون موريل، فن الممارسة الطبية العامة، ترجمة لبنى عبد الرحمن، الطيب الأنصاري، جامعة الملك سعود، السعودية، 1418 هـ، ص 23.

30 – غريب سيد احمد وآخرون، مرجع سابق، ص 201.

31 – على الدين السيد محمد، محمد محمود عويس، التدريب العملي في الخدمة الاجتماعية، دار بل برنت، القاهرة، 1998، ص 407.

32 – حسين عبد الحميد أحمد رشوان، مرجع سابق، ص 148.

33 – نفس المرجع، ص 140 – 141.

34 – الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 98.

35 – نفس المرجع، ص 98.

36 – نفس المرجع، ص 100.

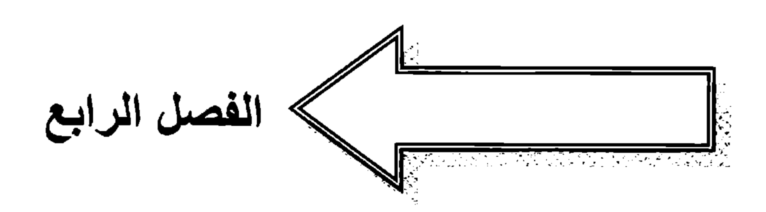
37 – حسين عبد الحميد أحمد رشوان، مرجع سابق، ص 219 – 220.

38 – نفس المرجع، ص 224.

39 – علي عطية سعود، الأبعاد الاجتماعية للأمراض التناسلية دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي، رسالة ماجستير غير منشورة، 1992، ص 5.

40 - عبد الله معمر، الطب الشعبي والتطور الاجتماعي في اليمن، مكتبة مدبولي، الطبعة الأولى، 1999، ص 21.

41 - زهير محمد نعمان، أطباء الغد تحديات معاصرة واستراتيجية التغير، مركز الدراسات السياسية والاستراتيجية، 1997، ص 46.



الفصل الرابع

الدراسة الميدانية

أولاً : الإجراءات العملية للدراسة :

- مجتمع الدراسة
- وحدة المعاينة
- مجال الدراسة
  - ❖ المجال الزمني
  - ❖ المجال الجغرافي
  - ❖ المجال البشري
- نوع الدراسة والمنهج المستخدم
- أداة جمع البيانات

ثانياً : الدراسة الميدانية

- تحليل وعرض البيانات
- نتائج الدراسة الميدانية
- صعوبات الدراسة
- النتائج العامة للبحث
- التوصيات
- الخاتمة

تقديم

يتناول هذا الفصل الدراسة الميدانية، وتحليل البيانات، والنتائج العامة للبحث، وقد تم تحليل بيانات هذه الدراسة على البرنامج الإحصائي spss، وقد تم استخدام النسب المئوية في تحليل البيانات نظراً لعدم صلاحية الأساليب الإحصائية مع نوعية البيانات في هذه الدراسة.

وقد استخدم في هذه الدراسة منهج المسح الشامل، وذلك لسهولة حصر مجتمع الدراسة في مكان محدَّد، ولقلّة عدد المستهدفين بالدراسة حيث يصل عدد الأطبَّاء العاملين بمستشفى الشهيد امحمد المقريف **100** طبيب، وبالرغم من أن هذا العدد غير ثابت إلا أن وقت إجراء الدراسة كان هذا العدد متوفراً وبشكل متوالٍ، أي على مدار أسبوع، الذي تم فيه جمع البيانات كما هو مبين بجدول عمل الأطبَّاء في قائمة الملاحق.

1- مجتمع الدراسة :

مجتمع الدراسة هم الأطبَّاء بمستشفى الشهيد امحمد المقريف المركزي – اجدابيا، الذي يحتوي على عدد من الأقسام العلاجية وهي :- قسم الباطنية رجال، قسم الباطنية نساء، قسم الجراحة رجال، قسم الجراحة نساء، قسم العيون، قسم العزل، قسم الأنف والأذن والحنجرة، قسم الولادة، قسم الأطفال، قسم الكلى.

ويعتبر هذا المستشفى الوحيد في المدينة والخاص بالإيواء ويحتوي على **350** سريراً وعيادة خارجية وقسماً للطوارئ والملاحظة، وقد تم افتتاح المستشفى عام **1973**م.

وبما أن هذه الدراسة تعتمد على منهج المسح الشامل لجميع الأطبَّاء العاملين فيه لذلك لن تكون هناك عينات.

ويرجع السبب لاختيار هذا الأسلوب (المسح الشامل) إلى عدة أسباب منها :-

1- صغر حجم مجتمع الدراسة، فالأطبَّاء الذين يشكلون مجتمع الدراسة موزعين على الأقسام على النحو الآتي :-

جدول عمل الأطبَّاء بأقسام مستشفى الشهيد امحمد المقريف المركزي اجدابيا خلال الأسبوع.

ت	اسم القسم	عدد الأطبّاء المناوبين في اليوم	المجموع الكلي في الأسبوع
1	الباطنة	3	21
2	الجراحة	4	23
3	التخدير	2	15
4	الولادة وأمراض النساء	2	15
5	العظام	3	11
6	أذن وحنجرة	2	4
7	جراحة مسالك	1	4
8	أشعة	3	3
9	طبيب قلب	1	2
10	طبيب منظار	1	2
11	المجموع	22	100

جدول رقم (1)

❖ المصدر : أمانة اللجنة الشعبية للصحة بشعبية اجدابيا للعام **2006** م

فمن خلال الجدول السابق يتّضح لنا أن عدد الأطبّاء العاملين في المستشفى لا يتجاوز 100 طبيب.

2- سهولة حصر مجتمع الدراسة في مكان واحد وفترة زمنية محدّدة لا تتجاوز الأسبوعين.

3- قلة التكلفة المالية المستخدمة في عملية جمع البيانات، وذلك لوقوع مكان الدراسة ضمن نطاق سكن الباحث.

4- معرفة حدود مجتمع الدراسة.

وبالرغم من أن كثير من الباحثين يفضلون أسلوب العينات أثناء جمع البيانات، إلا أن هذه الدراسة تتلاءم مع منهج المسح الشامل وذلك للأسباب المذكورة آنفا ولسهولة الحصول على المعلومات من الأطبّاء وفي زمن قصير، هذا عدا أن جامعي البيانات هم من نفس الوسط الطبي (ممرِّضات تحت التمرين)، فالباحث استعان بالممرِّضات اللاتي يمارسن التمرين على مهنة التمريض، واللاتي لهن دراية بالعمل الطبي، واللاتي تم تدريبهن وإعدادهن من أجل عملية جمع البيانات وطريقة التعامل مع استمارة جمع البيانات.

2- وحدة المعاينة :

إن هذه الدراسة تهتم بمدى إدراك الطبيب لأهمية العوامل الاجتماعية والثقافية في الإصابة بالمرض، وبما أن الطبيب هو مصدر الحصول على المعلومات فإن وحدة المعاينة ستكون الأطبّاء.

3- مجال الدراسة:

ويقصد بمجال الدراسة : مجتمع البحث أو مجموع وحدات البحث، وبما أن هذه الدراسة ستقام على مجتمع الأطبّاء بمستشفى الشهيد امحمد المقريف المركزي – اجدابيا، فإن إطار البحث سيكون الأطبّاء بهذه المؤسسة العلاجية.

أ/ المجال الزمني للدراسة :

استغرقت هذه الدراسة ستة عشر شهراً، بدايةً من الإطار النظري وانتهاءً بتحليل البيانات واستخلاص النتائج، وخلال هذه الفترة كان بمقدور الباحث الإلمام بجوانب عدة في العمل الطبي داخل المستشفى مما أعطى دفعة قوية للباحث وتمكنه من هذه الدراسة.

ب/ المجال الجغرافي للدراسة :

يقع مستشفى الشهيد امحمد المقريف المركزي، داخل نطاق مدينة اجدابيا، ويصل عدد سكان شعبية اجدابيا حسب تعداد عام **1995**م إلى **160،000** مئة وستين ألف نسمة، ويغطي المستشفى هذا العدد من السكان، ويقوم بتحويل الحالات الصعبة إلى شعبية بنغازي.

((تقع مدينة اجدابيا في الشرق من خط الطول **20**، المار بمدينة بنغازي، وبهذا يكون موقعها إلى الجنوب الشرقي من مدينة بنغازي بحوالي **160** كيلومتراً))، (لوجلي الزوي، المدينة المتغيِّرة، **115**)

ج/المجال البشري :

يقصد بالمجال البشري : الأفراد الذين ستجرى عليهم الدراسة أو مجتمع الدراسة، ومجتمع الدراسة في هذا البحث هم الأطبَّاء العاملين في مستشفى الشهيد امحمد المقريف المركزي اجدابيا، ذكوراً وإناثاً وفي جميع التخصُّصات والأقسام والبالغ عددهم **100** طبيب.

علماً بأن منهم من يعمل في أوقات معينة في العيادات الخارجية التابعة لهذا المستشفى، وفي فترات محدَّدة.

4- نوع الدراسة والمنهج المستخدم :

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التي تصف طبيعة المجتمع لأنها تهتم بوصف الخصائص العامة للمجتمع المحلي، وتهتم بجمع المعلومات والبيانات حول موقف معين (الهمالي **1994**).

وقد تم استخدام منهج المسح الشامل في هذه الدراسة للحصول على المعلومات والبيانات المطلوبة.

ويعتبر المسح الشامل وسيلة تؤدّي إلى جمع البيانات حول مجتمع صغير أو كبير (التير **1995**).

فموضوع الدراسة يتطلب استخدام منهج المسح الشامل، ولقد تم سرد الأسباب التي على أساسها استخدم الباحث هذا النوع من البحوث لمناسبته لدراسته.

5- أداة جمع البيانات :

إن أنسب وسيلة لجمع البيانات في مثل هذه الدراسة هي استمارة المقابلة المقنَّنة، لأنها تلائم مجتمع الدراسة.

وقد تم ترجمة أهداف الدراسة وتساؤلاتها داخل استمارة الاستبيان تمهيداً لتحليلها فيما بعد.

وتحتوي استمارة الاستبيان على جملة من المتغيرات الاجتماعية والثقافية والميتافيزيقية والتي تترجم أهداف هذه الدراسة كما هو موضح بالاستمارة المرفقة.

وقد تم تجربة استمارة المقابلة قبل الشروع في جمع البيانات للتأكد من مدى ملاءمتها لطبيعة المجتمع المدروس ومدى فاعليتها في تحقيق الهدف من الدراسة، وبناءً على النتائج الأولية التي حققتها الاستمارة تم تعديلها حسب الملاحظات الواردة من جامعي البيانات.

6- ثانياً :الدراسة الميدانية :

1- تحليل وعرض البيانات :

بعد أن تم ترميز البيانات وتبويبها وتحليلها على برنامج **spss** الذي استخدم للحصول على النتائج الموضحة أدناه والمتمثلة في التكرارات والنسب المئوية نظراً لأنها أنسب الطرق الملائمة لهذه الدراسة.

وسوف يتم تفسير النتائج التي تم الحصول عليها بالرجوع إلى الإطار النظري والدراسات السابقة، وكما هو موضح فإن الجدول رقم (**1**) يوضح النوع حيث يصل عدد الأطبَّاء الذكور إلى **87**٪ من أفراد العينة بينما يصل عدد الإناث إلى **11**٪ فقط من أراد العينة، وهذا يدل على أن الذكور أكثر إقبالاً على مهنة الطب من الإناث.

الجدول رقم (**1**) يوضح النوع

النوع	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	87	87.0
أنثى	11	11.0
غير مبين	2	2.0
المجموع	100	100.0

وبالنظر إلى الجدول رقم (**2**) الذي يوضح الحالة الاجتماعية للمبحوث يتبين لنا أن نسبة **68**٪ من أفراد العينة متزوجين ونسبة **31**٪ فقط غير متزوجين مما يعني أن المتزوجين هم أكثر من غير المتزوِّجين، وهذا يعني أن الارتباط بالأسرة يجعل المسؤولية الملقاة على عاتق الطبيب أكبر، وتتعدَّد الأدوار التي يقوم الطبيب بها مما يعني وجود صراع في الأدوار وينعكس هذا بالتالي على مهنة الطب وتعامل الطبيب مع المرضى.

الجدول رقم (2) يوضح الحالة الاجتماعية:

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية
أعزب	31	31.0
متزوج	68	68.0
مطلق	0	0.0
أرمل	0	0.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (3) نلاحظ أن المستوى العلمي للأب كمتغير له تأثير كبير على التنشئة الاجتماعية للأبناء، فتعليم الأب يعطي فرصة أكبر للأبناء لتحديد سلوكهم في المستقبل فكلما كان الأب متعلماً كان الأبناء متعلمين، ومن جانب آخر نرى أن تعليم الأب يلعب دوراً أساسياً في عملية تكوين السلوك عند الأبناء، ومن خلال الجدول نرى أن نسبة 67٪ من الآباء متعلمين، وهذا يتيح بدوره الفرصة للأبناء لتلقي قسطاً وافراً من التعليم، وإمكانية تكوين علاقات اجتماعية مع غيرهم، وأن نسبة 13٪ فقط هم غير المتعلمين، وبالرغم من ذلك لا يمكن أن يكون التعليم دائماً هو المحدِّد لتصرفات الفرد ودوافعه، فالظروف الاجتماعية، والمواقف اليومية تلعب دوراً أساسياً في تحريك السلوك.

الجدول رقم (3) يوضح المستوى العلمي للأب :

المستوى العلمي للأب	التكرار	النسبة المئوية
متعلم	67	67.0
غير متعلم	13	13.0
يقرأ ويكتب	19	19.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وبالنظر للجدول رقم (4) والذي يظهر فيه المستوى التعليمي للأم الذي يدل على طريقة التعامل بين الأطبَّاء والمرضى، والذي تجسد من خلاله أصول التربية الوالدية، نلاحظ أن نسبة الأمهات غير المتعلمات تصل إلى 38٪ من مجموع أفراد العينة مما يعني أن نسبة الأمية بين أمهات الأطبَّاء مرتفعة، وهذا الارتفاع قد يؤثر سلباً على سلوك الأبناء (أطباء المستقبل)، تليها مباشرة نسبة 36٪ وهي الأمهات المتعلمات.

الجدول رقم (4) يوضح المستوى العلمي للأم:

المستوى العلمي للأم	التكرار	النسبة المئوية
متعلمة	36	36.0
غير متعلمة	38	38.0
تقرأ وتكتب	24	24.0
غير مبين	2	2.0
المجموع	100	100.0

ومهنة الآباء كغيرها من المتغيرات ذات تأثر كبير على أداء مجتمع الدراسة، وعلى تكوين شخصية الطبيب، وتحديد طرق تعامله مع المجتمع الذي يعيش فيه، فكما هو مبين في الجدول رقم (5) مهنة الأب حيث يظهر بوضوح أن عدد الأطبَّاء الذين يعمل آباؤهم موظفين تصل إلى 23٪ من أفراد مجتمع الدراسة، وتمثل نسبة آباء الأطبَّاء الذين يعملون في مجال الهندسة 4٪ وهنا تقع المفارقة، فلو افترضنا أن الآباء

الموظفين يجيدون القراءة والكتابة فقط، فهذا يعني أن الأطبَّاء الذين يقبلون على كليات الطب هم من أبناء العائلات متوسطة الحال، وهذا ما يؤكده الجدول رقم (7) والذي يقيس دخل الأسرة، أضف إلى ذلك أن في الجدول رقم (6) تتَّضح جليّاً مهنة الأم حيث تصل نسبة الأمهات ربات البيوت (التي لا تعمل ولا تجيد القراءة والكتابة) إلى حوالي **76**٪ من مجتمع الدراسة، وبالرجوع إلى الجدول رقم (4) نلاحظ أن نسبة الأمهات غير المتعلمات **38**٪ والتي تجيد القراءة والكتابة **24**٪ من مجتمع الدراسة.

وهذا إنما يدل على أن مهنة الآباء ليست بالضرورة سبباً في دخول الأبناء مجال التعليم، وليست سبباً في أن يسلك الأبناء نفس سلوك الآباء، والسير على خطاهم، وذلك بالعمل في نفس مهنتهم، إلا أن الخلفية الاجتماعية للطبيب تتشكل بناءً على الخلفية العلمية للآباء.

الجدول رقم (5) يوضح مهنة الأب :

مهنة الأب	التكرار	النسبة المئوية
موظف	23	23.0
معلم	13	13.0
متقاعد	17	17.0
طبيب	11	11.0
أعمال حرة	14	14.0
مزارع	6	6.0
مهندس	4	4.0
غير مبين	12	12.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (5) الذي يوضح مهنة الأب نلاحظ اختلافَ المهنِ عند الآباء، ويعتبر هذا مؤشراً مهمّاً في توجُّهات الأبناء نحو العمل في مهنة معينة، أو سلوكهم نمطاً معيّناً من الحياة، ويتَّضح من الجدول أن نسبة **23**٪ من الآباء يعمل موظفاً في القطاع العام، وهي أعلى نسبة، تليها نسبة **17**٪ الذين تقاعد آباؤهم عن العمل بالرغم من ذلك نجد أن لمهنة الأب دوراً في توجيه السلوك عند الأبناء، أما الذين دخلوا في مجال الطب فتصل نسبتهم إلى **11**٪ من مجتمع البحث.

الجدول رقم (6) يوضح مهنة الأم:

مهنة الأم	التكرار	النسبة المئوية
معلمة	6	6.0
موظفة	5	5.0
طبيبة	6	6.0
ربة بيت	76	76.0
متقاعدة	3	3.0
غير مبين	4	4.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (6) نلاحظ أن نسبة الذين تعمل أمهاتهم طبيبات تصل إلى 6٪ فقط وتمثل نسبة 76٪ أعلى نسبة عند الأمهات ربّات البيوت واللاتي لا يعملن، وربما لا تعمل المهنة عند الأم عملها عند الأب، فألام مهما تعلّمت فالأبناء في مجتمعاتنا الشرقية يشبُّون على تعاليم الآباء والمجتمع الرجولي، وتكتفي الأمهات بالتوجيه وحسب.

الجدول رقم (7) يوضح دخل الأسرة:

دخل الأسرة	التكرار	النسبة المئوية
ضعيف	2	2.0
متوسط	89	89.0
عالٍ	4	4.0
غير مبين	5	5.0
المجموع	100	100.0

والجدول رقم (7) يوضح المستوى العلمي للأطباء، فلو كان المستوى العلمي للطبيب عالياً فهذا يعني تقدُّماً في مستوى العلاقة بين الطبيب والمريض، حيث إن التعليم يتيح الفرصة للأطباء للاطلاع الواسع، وتشكيل خبرة من خلالها يكتسب الطبيب أفضل الطرق للتعامل مع المرضى، ومن خلال الجدول التكراري لمجتمع الدراسة نلاحظ أن نسبة 61٪ من الأطبَّاء من حملة البكالوريوس، وهذا يعني أن نسبة 61٪ من الأطبَّاء ليست لديهم الخبرة الكافية للتعامل مع المرضى من الجانب

الاجتماعي، وربما الجانب الإكلينيكي أيضاً.

الجدول رقم (8) المستوى العلمي للطبيب:

المستوى العلمي	التكرار	النسبة المئوية
بكالوريوس	61	61.0
ماجستير	16	16.0
دكتوراة	20	20.0
غير مبين	3	3.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (8) نلاحظ المستوى التعليمي للطبيب، حيث نلاحظ أن نسبة 61٪ من الأطبَّاء مستواهم العلمي بكالوريوس طب، وتعدُّ هذه النسبة كبيرةً مقارنةً بباقي النسب الأخرى، حيث إن مستوى الخبرة مهما طال لا يغني عن الدرجة العلمية، ومواكبة التطوُّر في البلاد الحديثة، فكلما كان المستوى العلمي للأطباء عالياً كانوا أكثر تفتُّحاً وتفهُّماً لشكوى مرضاهم.

الجدول رقم (9) يوضح التخصُّص:

التخصُّص	التكرار	النسبة المئوية
أمراض نساء	3	3.0
طبيب عام	11	11.0
أخصائي باطنية	26	26.0
جراحة عامة	14	14.0
أنف وأذن وحنجرة	4	4.0
طبيب أطفال	9	9.0
أشعة	2	2.0
عيون	1	1.0
طب الأسرة	1	1.0

نساء وولادة	2	2.0
مسالك بولية	1	1.0
حميات	1	1.0
أمراض صدرية	1	1.0
جلدية	1	1.0
أسنان	8	8.0
جراحة عظام	1	1.0
تخدير	5	5.0
صيدلة	4	4.0
تغذية	1	1.0
أمراض نفسية وعصبية	2	2.0
غير مبين	2	2.0
المجموع	100	100.0

وبنظرة فاحصة ومتأمِّلة للجدول رقم (**9**) نلاحظ توفر جميع التخصُّصات في المستشفى مكان الدراسة، وبالرجوع إلى جدول عمل الأطبَّاء بمستشفى الشهيد امحمد المقريف المركزي ص **149** من هذا الفصل نجد أن عدد الأقسام في المستشفى لا يزيد عن **10** أقسام، وبالنظر إلى الجدول رقم (**9**) نلاحظ وجودَ عددٍ كبيرٍ من الأطبَّاء، وفي جميع التخصُّصات التي قد تفيد المريض الذي يتردَّد على المستشفى، أو يقيم فيه فترة محدَّدة من الزمن، وهذا يدل على توفر الأطبَّاء في المستشفى ووجود جميع التخصُّصات، مع ملاحظة أن هذه التخصُّصات والأطبَّاء لا يجتمعون في يوم واحدٍ في المستشفى، وفي الغالب لا يمارسون تخصُّصاتهم الأصلية.

الجدول رقم (10) يوضح سنوات الخبرة:

سنوات الخبرة	التكرار	النسبة المئوية
1- 5	30	30.0
6- 10	33	33.0
11- 15	15	15.0
16- 20	12	12.0
21- 25	5	5.0
26 فما فوق	2	2.0
غير مبين	3	3.0
المجموع	100	100.0

وما دامت الخبرة والتخصُّصات تلعب دوراً أساسياً في توفُّر العلاج ؛ فلا مناصَ من الحديث عن الخبرة التي تعبِّر عن قوة الأداء في المستشفى، وغيره من المؤسَّسات الأخرى، ففي الجدول رقم (10) نلاحظ أن معظم الأطبَّاء من صغار السن الذين تتراوح خبرتهم في مجال العمل الطبي ما بين سنة إلى عشر سنوات، فالذين تتراوح خبرتهم من سنة إلى خمس سنوات نسبتهم 30٪، والذين لهم خبره من ست سنوات إلى عشر سنوات 33٪ وهذا يعني أن أكثر من نصف مجتمع الدراسة خبرتهم عشر سنوات فأقل.

الجدول رقم (11) يوضح العمر :

العمر	التكرار	النسبة المئوية
27- 31	25	25.0
32- 36	35	35.0
37- 41	12	12.0
42- 46	11	11.0
47 فما فوق	14	14.0
غير مبين	3	3.0
المجموع	100	100.0

في الجدول رقم (11) نلاحظ توزيع العمر بين أفراد مجتمع الدراسة، وكان توزيع العمر على النحو الآتي: الذين تتراوح أعمارهم من 27- 31 سنة يمثلون 25٪ الذين تتراوح أعمارهم من 32- 36 سنة يمثلون 35٪، وهي أعلى نسبة بين أفراد مجتمع الدراسة، والذين تزيد أعمارهم عن 47 سنة يمثلون 14٪.

الجدول رقم (12) هل تسأل المريض عن أسباب المرض الحقيقية ؟

أسباب المرض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	95	95.0
لا	2	2.0
محايد	3	3.0
المجموع	100	100.0

أما بالنسبة للجدول رقم (12) وفيه تم توجيه السؤال لمجتمع الدراسة على النحو الآتي: هل تسأل المريض عن أسباب المرض الحقيقية ؟ وكانت الإجابات كما هو موضح أعلاه حيث نلاحظ أن نسبة 95٪ من المبحوثين يتوجهون بسؤال المريض عن الأسباب الحقيقية للمرض. ولو طرح هذا السؤال على الأطبّاء لمعرفة مدى إدراك الطبيب لدور العوامل غير البيولوجية والمسبِّبة للمرض.

الجدول رقم (13) هل يفصح لك المريض

في اعتقادك عن كل ما يسبِّب له المرض؟

إفصاح المريض عن أسباب المرض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	41	41.0
لا	42	42.0
محايد	16	16.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (13) الموضح أعلاه نلاحظ الارتباط بين السؤال السابق وهذا السؤال، ففي هذا السؤال سئل الطبيب عمًّا إذا كان يفصح له المريض حسب اعتقاده عمًّا يسبِّب له المرض، وكان نسبة 41٪ من مجتمع الدراسة ترى أن المرضى يفصحون لهم عمًّا يسبِّب لهم المرض، وأن نسبة 42٪ ترى عكس ذلك ونسبة 16٪ ليست لديهم إجابة.

الجدول رقم (14) أحرص على إعطاء تعليماتي للمرضى بنفسي وأوضح لهم طرق العلاج:

الحرص على إعطاء التعليمات	التكرار	النسبة المئوية
نعم	91	91.0
لا	5	5.0
محايد	4	4.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (14) والذي سئل فيه الأطبَّاء عمًّا إذا كانوا يحرصون على إعطاء تعليماتهم للمرضى بأنفسهم، ويوضحون لهم طرق العلاج، كانت نسبة 91٪ من مجتمع الدراسة تحرص على الاتصال المباشر مع المرضى، ويعطون التعليمات للمرضى بأنفسهم، وهذا يدل على حرص الطبيب لإيصال المعلومات الطبية للمريض، وهذه الطريقة في الاتصال المباشر تعطي فرصة للمرضى للتغلب على المرض وإتباع تعليمات الطبيب.

الجدول رقم (15) أعطي تعليمات العلاج للمرضى عن طريق الممرِّضة:

إعطاء التعليمات عن طريق الممرِّضة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	11	11.0
لا	73	73.0
محايد	15	15.0

غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

في السؤال رقم (**15**) نلاحظ اختلاف التكرارات في الإجابات بالرغم ممّا يظهر للقارئ للوهلة الأولى من أن السؤال رقم (**15**) عكس السؤال رقم (**14**)، ولكي نوضّح أكثر نقول إن السؤال رقم (**14**) يتحدَّث عن التعليمات الشفهية التي يعطيها الطبيب للمريض، بينما في السؤال الذي يليه يتحدث عن أسلوب العلاج، حيث نلاحظ أن نسبة **73**٪ من مجتمع الدراسة يفضلون إعطاء تعليماتهم للمرضى بأنفسهم، وأن نسبة **11**٪ يفضلون إعطاء تعليماتهم للمرضى عن طريق الممرِّضة.

الجدول رقم (**16**) هل تتبادل الآراء الأفكار بينك وبين المريض في كيفية القضاء على المرض ؟

تبادل الآراء والأفكار	التكرار	النسبة المئوية
نعم	71	71.0
لا	12	12.0
محايد	17	17.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (**16**) نلاحظ أن نسبة **71**٪ من مجتمع الدراسة يحرصون على تبادل الآراء والأفكار مع المرضى في كيفية القضاء على المرض، وهذا يحقق أهداف الدراسة وغيرها من الدراسات السابقة التي تبحث في وجود علاقة بين الطبيب والمريض، التي تنشأ عادةً من تبادل الأفكار والآراء والنقاش الجاد بين الطبيب والمريض للقضاء على المرض ومسبباته، أو لماذا ينشأ المرض، وهل هو عضوي أو بيولوجي.

وكذا يرى عدد من الأطبَّاء أنه ليس بالضرورة وجود علاقة بين الطبيب والمريض، ولا داعي لتبادل الأفكار والآراء مع المرضى، ويمثلون نسبة **12**٪.

الجدول رقم (17) هل يتعاون معك المريض في معرفة أسباب المرض الذي يعاني منه؟

تعاون المريض مع الطبيب لمعرفة أسباب المرض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	47	47.0
لا	19	19.0
محايد	33	33.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (17) سئل الطبيب عن تعاون المريض معه في معرفة أسباب المرض الذي يعاني منه ؟ فكانت نسبة 47٪ من مجتمع الدراسة توافق على أن هناك تعاوناً من جانب المرضى مع الأطبَّاء و19٪ يرون أن المرضى غير متعاونين معهم في معرفة أسباب مرضهم، نسبة 35 محايدون.

الجدول رقم (18) هل يعاون معك المريض باتِّباع نصائحك الطبية للوصول إلى الشفاء؟

اتباع نصائح الطبيب من أجل الشفاء	التكرار	النسبة المئوية
نعم	45	45.0
لا	19	19.0
محايد	35	35.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

أما في السؤال رقم (18) والذي يدور حول تعاون المريض مع الطبيب وذلك بإتباع نصائحه الطبية للوصول إلى الشفاء، وكانت نسبة الذين أجابوا بنعم 45٪ من الأطبَّاء، و19٪ أجابوا بنعم، و35٪ محايدون مما يعني أن أقل من نصف مجتمع البحث يرون أن المرضى لا يتبعون نصائحهم، وحسب ما ورد في إحدى الدراسات السابقة إن العادات والتقاليد الشعبية تتحكم في سلوك الأفراد داخل المجتمع، كما أن بعض الثقافات تنظر إلى بعض الأمراض على أنها بسيطة ولا تستحق العلاج، أي أن

استجاباتهم للمرض ليست قوية.

الجدول رقم (19) هل يتعامل معك المريض بمودة وتفاهم ؟

تعامل المريض مع الطبيب بمودة وتفاهم	التكرار	النسبة المئوية
نعم	58	58.0
لا	9	9.0
محايد	33	33.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال (19) هل يتعامل معك المريض بمودّة وتفاهم ؟ يرى 58٪ من الأطبّاء أن المرضى متفاهمين ويتعاملون معهم بمودة و9٪ أجابوا بلا، وهي نسبة بسيطة جداً و33٪ محايدون، وهذا يعني أن المرضى يتفاهمون مع الأطبّاء ويتعاملون معهم بمودّة، وذلك لنظرة المريض للطبيب على أنه الشخص الوحيد القادر على شفائه من المرض، وإذا كان المريض يتعامل مع الطبيب بهذه الطريقة فلابد أن يكون الطبيب على قدر أكبر من التفاهم والمودة.

الجدول رقم (20) هل تعتقد أن من مهام الطبيب أن يجعل المريض ينظر له كمحط للثقة ؟

نظرة المريض للطبيب	التكرار	النسبة المئوية
نعم	91	91.0
لا	3	3.0
محايد	6	6.0
المجموع	100	100.0

أما في السؤال (20) وهو : هل تعتقد أن من مهام الطبيب أن يجعل المريض ينظر له كمحط للثقة ؟ أجاب بنعم 91٪ طبيب حيث يرى هؤلاء أن من واجبهم أن يكسبوا ثقة المرضى قبل عملية العلاج وبعدها، وفي هذا الصدد يكمن هدف هذه الدراسة

حيث يتم التركيز على اكتساب ثقة المريض كي يتمكن من كشف الأسباب الحقيقية للمرض، إلا أن نسبة **3**٪ ترى أنه ليس من الضروري كسب ثقة المريض.

الجدول رقم (**21**) هل تعتقد أن المريض ينظر إلى الطبيب على أنه عامل مساعد على الشفاء فقط ؟

نظرة المريض للطبيب على أنه عامل مساعد على الشفاء	التكرار	النسبة المئوية
نعم	51	51.0
لا	17	17.0
محايد	32	32.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**21**) وهو، هل تعتقد أن المريض ينظر إلى على أنه عامل مساعد على الشفاء فقط ؟

فكان نسبة الذين أجابوا بنعم **51**٪ ، وتعتبر هذه نسبة مرتفعة مقارنة بالذين أجابوا بلا ونسبتهم **17**٪، فإذا كانت معاملة الطبيب للمريض جيدة، وبها يستطيع الطبيب أن يجعل المريض يفصح له عن كل ما يسبب له المرض فهذا يدعوه إلى عدم الاعتقاد بأن المريض ينظر له على أنه عامل مساعد فقط على الشفاء، ففي الفصل الثالث من هذه الدراسة تبين لنا أنه على الأطبّاء أن يبذلوا كل ما في وسعهم من أجل استيعاب المرضى ومشكلاتهم، فإذا لم يتمكن الطبيب من تحقيق هذا الهدف لا يمكنه بأي حال من الأحوال مساعدة مرضاه على الشفاء.

الجدول رقم (22) هل يأخذ الطبيب بالعوامل الاجتماعية والثقافية المسبِّبة للمرض التي تؤدِّي إلى العلاج ؟

العوامل الاجتماعية والثقافية المسبِّبة للمرض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	80	80.0
لا	9	9.0
محايد	11	11.0
المجموع	100	100.0

وربما من بين أهم الأسئلة التي وردت في الاستبيان السؤال رقم (22) وهو، هل يأخذ الطبيب بالعوامل الاجتماعية والثقافية المسبِّبة للمرض، والتي تؤدِّي إلى العلاج ؟ ومن خلال سرد الأسئلة، وتحليل البيانات سنلاحظ وجود ارتباط كبير بين هذا السؤال وغيره من الأسئلة التي تعالج المشاكل الاجتماعية، وعلاقتها بالصحة والمرض، وقد كانت نسبة الذين أجابوا على هذا السؤال بنعم 80٪ من مجتمع الدراسة، حيث إن هؤلاء يأخذون بالعوامل الاجتماعية والثقافية المسبِّبة للمرض ونسبة 9٪ لا يعملون بها.

الجدول رقم (23) أتعامل مع المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة وخطيرة معاملة خاصة :

المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة وخطيرة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	88	88.0
لا	5	5.0
محايد	7	7.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (23) أتعامل مع المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة وخطيرة معاملة خاصة ؟

وهنا يبرز جانب الخصوصية في المعاملة حيث كانت نسبة الذين أجابوا بنعم 88٪

من مجتمع الدراسة، ولعل الدراسات السابقة في الفصل الرابع قد تطرقت لموضوع المعاملة الخاصة مع المرضى ونوع المرض، فالطبيب بوصفه فرداً يعيش داخل مجتمع يتعامل مع بقية الأفراد من واقع عادات وتقاليد وأعراف؛ ناهيك عن أخلاق المهنة الطبية، فلا بد له من أن يتعامل مع المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة وخطير معاملة خاصة، إلا أن نسبة **5**٪ من مجتمع الدراسة لا تفرق في المعاملة بين المرضى ونسبة **7**٪ محايدون.

الجدول رقم (**24**) ليس من الضروري وجود أي نوع من العلاقات الاجتماعية بين الطبيب والمريض:

لا ضرورة لوجود العلاقات بين الطبيب والمريض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	45	45.0
لا	39	39.0
محايد	16	16.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**24**) ليس من الضروري وجود أي نوع من العلاقات الاجتماعية بين الطيب والمريض. فيجيب **45**٪ من مجتمع الدراسة بأنه ليست بالضرورة وجود أي نوع من العلاقة بين الأطبّاء والمرضى، وفي هذه الحال فإن الأطبّاء يعتبرون المرض ما هو إلا عارضاً إكلينيكياً ولا علاقة له بالجوانب الاجتماعية، ففي الفقرة التي تتحدث عن العلاقة بين الأطبّاء والمرضى من الفصل الثاني من هذه الدراسة تؤكد على ضرورة وجود علاقة بين الطبيب والمريض من إتمام عملية الشفاء، وهذا ما يرفضه الأطبّاء في هذا السؤال، إلا أن نسبة **39**٪ من مجتمع البحث يؤكدون على أهمية العلاقة بين الطبيب والمريض، ونسبة **16**٪ محايدون

الجدول رقم (25) أتأفف من بعض المرضى أثناء التعامل معهم:

التأفف من المرضى	التكرار	النسبة المئوية
نعم	14	14.0
لا	65	65.0
محايد	19	19.0
غير مبين	2	2.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (25) أتأفف من بعض المرضى أثناء التعامل معهم. وكان نسبة 65٪ من الأطبَّاء يجيبون بأنهم لا يتأففون من المرضى، ولكن نسبة 14٪ يتأففون من المرضى أثناء العلاج، مما يشعر المريض بعدم رغبة الطبيب في إتمام العلاج، وهذه النظرة من الطبيب للمريض تجعله يعاني من الطبيب أكثر مما يعاني من المرض، فلكي تتم عملية العلاج، ويتقبل المريض تعليمات الطبيب، وكي لا يشعر المريض بأنه شخص غير مرغوب فيه في البيت والمستشفى، على الأطبَّاء عدم إشعار المرضى بأنهم يسبِّبون بمرضهم التقزز والانزعاج والاستخفاف بحالتهم ومحاولة العناية بهم.

الجدول رقم (26) استمتع بعملي عند إقامة علاقة صداقة مع مريض:

الاستمتاع بالعمل	التكرار	النسبة المئوية
نعم	63	63.0
لا	18	18.0
محايد	19	19.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤل رقم (26) استمتع بعملي عند إقامة علاقة صداقة مع المريض، يجيب بنعم نسبة 63٪ من مجتمع الدراسة فهم بذلك يسعون لتحقيق وتكامل عملية العلاج والشفاء، فالعلاقة بين الطبيب والمريض تتيح للمريض أن يفصح للطبيب عن الأسباب الحقيقية للمرض، كما تتيح فرصة للطبيب بأن يعجل بعملية الشفاء.

وكانت نسبة 18٪ ترى أنه لا توجد متعة في العمل عند إقامة علاقة صداقة مع

المرضى، وهي غير ذات جدوى، بينما تصل نسبة المحايدين إلى **19**٪.

الجدول رقم (**27**) أؤيد زيارة المريض في البيت والكشف عليه:

زيارة المريض في البيت	التكرار	النسبة المئوية
نعم	26	26.0
لا	50	50.0
محايد	22	22.0
غير مبين	2	2.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (**27**) أؤيد زيارة المريض في البيت والكشف عليه. فإن نسبة **50**٪ من مجتمع الدراسة لا تؤيد زيارة المرضى في البيت، وقد يرجع ذلك إلى تعدّد الأدوار الاجتماعية للطبيب، حيث لا يمكنه أن يوفق بين عمله والتزاماته في المستشفى، وما بين حياته الخاصة كطبيب وأب أسرة وزوج وكفرد منوط به التزامات اجتماعية أخرى، إلا أن نسبة **26**٪ تؤيد زيارة المرضى في البيت والكشف عليهم، ونسبة **22**٪ محايدون.

الجدول رقم (**28**) من الضروري مناقشة المرضى في موضوع مرضهم ومصارحتهم

مناقشة المرضى في مرضهم	التكرار	النسبة المئوية
نعم	89	89.0
لا	4	4.0
محايد	7	7.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (**28**) من الضروري مناقشة المرضى في موضوع مرضهم ومصارحتهم. يجيب **89**٪ من مجتمع الدراسة بنعم، فهم يدركون أن المرض يصعب اكتشافه وعلاجه ما لم يكن هناك مناقشة بين الطبيب والمريض حول موضوع المرض، وهناك نسبة **4**٪ يرون أنه ليس من الضروري مناقشة المرضى في موضوع

مرضهم، ونسبة **7**٪ محايدون.

الجدول رقم (**29**) يلجأ المرضى في كثير من الأحيان إلى الطبيب من أجل النصيحة فقط:

اللجوء للطبيب	التكرار	النسبة المئوية
نعم	60	60.0
لا	19	19.0
محايد	20	20.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (**29**) يلجأ المرضى في كثير من الأحيان إلى الطبيب من أجل النصيحة فقط. فيجيب **60**٪ من مجتمع البحث بنعم، وهذا يدل على أن الطبيب يعلم أن المريض يلجأ له لثقته به، ويعمل بنصحه، أما الذين أجابوا بلا فنسبتهم **19**٪ ونسبة ولعل هذا يفسر لجوء المريض للطبيب من أجل العلاج فقط ونسبة **20**٪ محايدون.

الجدول رقم (**30**) أشياء أخرى تذكر:

أشياء أخرى تذكر	التكرار	النسبة المئوية
الراحة النفسية	5	5.0
لثقة المريض في الطبيب	6	6.0
لا ينطبق عليهم السؤال	89	89.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (**30**) الذي يتبع الجدول رقم (**29**) الذي تم تقنينه للتعامل معه إحصائياً، حيث جاءت الخيارات من الأطبَّاء بعد أن أجابوا على السؤال المفتوح المبيَّن أعلاه، إلا أن نسبة **89**٪ من مجتمع البحث لم تجب على السؤال المفتوح، وكانت نسبة **5**٪ ممن أجابوا بنعم في السؤال السابق يرون أن المريض يلجأ للطبيب من أجل أن يرتاح نفسيّاً، ونسبة **6**٪ تلجأ للطبيب لثقتها فيه وفي نصائحه وقدرته على حل مشكلاتهم الطبية.

الجدول رقم (**31**) العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض

تؤدّي إلى وجود نوع من الارتياح بين الطرفين:

العلاقة غير الرسمية بين الطرفين	التكرار	النسبة المئوية
نعم	58	58.0
لا	19	19.0
محايد	22	22.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**31**) العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض تؤدّي إلى وجود نوع من الارتياح بين الطرفين.

ويقصد بالعلاقة غير الرسمية كما هو موضح في التعريفات الإجرائية، هو عدم التقيُّد بالقوانين والضوابط الإدارية الصارمة والاستعاضة عنها بعلاقات عامة وودية بين الأفراد الذين يعيشون في مجتمع واحد، وتسود فيه نوع من العلاقات البسيطة الخالية من الكلفة والتعقيد والترفع والتمسُّك بحرفية الضوابط القانونية المعقدة.

حيث كانت نسبة **58**٪ من مجتمع الدراسة توافق على أن العلاقات غير الرسمية تؤدّي إلى وجود نوع من الارتياح بين الطبيب والمرض، ونسبة **19**٪ لا توافق على أن العلاقة غير الرسمية تؤدّي إلى وجود أي ارتياح بين الطبيب والمريض، ونسبة **22**٪ محايدون.

الجدول رقم (**32**) العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض تجعل المريض يصارح الطبيب بمشاكله الشخصية وطلب مساعدته:

العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	87	87.0
لا	6	6.0
محايد	7	7.0
المجموع	100	100.0

وكما هو موضح بالجدول رقم (**32**) أن نسبة **87**٪ تجيب بنعم، فالعلاقة بين الطبيب والمريض تؤدّي إلى مصارحة المريض للطبيب وطلب مساعدته، على عكس إجابة الفئة الثانية الذين أجابوا بلا كانت نسبتهم **6**٪ والمحايدون **7**٪.

الجدول رقم (**33**) اعتقد أن وجود علاقة بين الطبيب والمريض تؤدّي إلى سرعة التماثل للشفاء :

وجود علاقة تؤدّي إلى سرعة الشفاء	التكرار	النسبة المئوية
نعم	77	77.0
لا	9	9.0
محايد	14	14.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (**33**) وهو : أعتقد أن وجود علاقة بين الطبيب والمريض تؤدّي إلى سرعة التماثل للشفاء. ونسبة الأطبّاء الذين أجابوا بنعم **77**٪ حيث يرى هؤلاء أن وجود علاقة ودية بينهم وبين المرضى لها تأثير عميق، ويمكن أن تؤدّي إلى سرعة تماثل المريض للشفاء، ونسبة الذين أجابوا بلا **9**٪ ونسبة **14**٪ محايدون.

الجدول رقم (34) هل ترى أن هناك فرقاً في الكشف والمعاملة على المريض في المستشفى العام والعيادة الخاصة ؟

الفرق في الكشف والمعاملة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	48	48.0
لا	35	35.0
محايد	14	14.0
غير مبين	3	3.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (34)، هل ترى أن هناك فرقاً في الكشف والمعاملة على المرض في المستشفى العام والعيادة الخاصة. وفي هذا السؤال أعود مرة أخرى للعلاقات الخاصة بين الأطبَّاء والمرضى والمعاملة الخاصة، فيجيب 48٪ من الأطبَّاء بنعم، فالكشف على المريض يختلف من مكان لآخر، ففي العيادة الخاصة يوجد الاهتمام والرعاية لقاء ما يقوم المريض بدفعه، وكانت نسبة الذين لا يجدون فرق في المعاملة 35٪ ونسبة 14٪ محايدون.

الجدول رقم (35) إذا كان هناك فرق فما هو ؟

إذا كان هناك فرق فما هو ؟	التكرار	النسبة المئوية
لوجود وقت كافٍ في العيادة الخاصة	15	15.0
لتوفر الإمكانيات في العيادة الخاصة	15	15.0
حسن المعاملة في العيادة الخاصة	9	9.0
لعدم وجود ازدحام في العيادة الخاصة	13	13.0
لا ينطبق عليهم السؤال	48	48.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (35) وهو سؤال مفتوح تابع للسؤال رقم (34) وقد تم تبويبه على النحو المبين أعلاه، وجاءت إجابات الأطبَّاء على الشكل التالي :

إن الفرق في المعاملة والكشف في العيادات الخاصة عن المستشفى العام، إما لوجود الوقت الكافي في العيادة الخاصة والمخصَّص للكشف والعلاج، وكانت نسبة الذين أجابوا أو اتفقت إجاباتهم مع بعضهم بعضاً **15**٪، وهناك من يرى أن الفرق في الكشف والمعاملة يرجع لتوفر الإمكانيات في العيادات الخاصة، ونسبة هؤلاء **15**٪، ومنهم من يرى أن حسن المعاملة في العيادة الخاصة هو ما يميِّزها عن المستشفى العام ونسبة هؤلاء **9**٪ فقط، ومنهم من يرجح هذا الفرق إلى عدم وجود ازدحام في العيادات الخاصة كما هو الحال في المستشفى العام ونسبة هؤلاء **13**٪، إلا أن نسبة الذين امتنعوا عن الإدلاء بآرائهم في هذا السؤال **48**٪.

الجدول رقم (**36**) معظم المرضى الذين أعالجهم لديهم قدر من الوعي الصحي

الوعي الصحي عند المرضى	التكرار	النسبة المئوية
نعم	13	13.0
لا	59	59.0
محايد	27	27.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**36**) : معظم المرضى الذين أعالجهم لديهم قدر من الوعي الصحي. كان نسبة الذين أجابوا بلا **59**٪ وهذا يعني أن المرضى لا يتمتعون بالوعي الصحي الذي يمكنهم من الحفاظ على الصحة العامة، وكانت نسبة الذين قالوا إن المرضى يتمتعون بقدر من الوعي الصحي **13**٪ فقط ونسبة **17**٪ محايدون. وهذا يدعو الأطبَّاء إلى أن يكونوا متفاهمين مع المرضى كي يتمكنوا من توضيح أسباب المرض ومعالجتهم، وتوضيح الطريقة التي يمكن أن يقوا بها أنفسهم من المرض.

الجدول رقم (37) إن المرضى الذين أعالجهم يتقيدون

بتعليماتي في العلاج والمراجعة:

تقيد المرضى بالعلاج	التكرار	النسبة المئوية
نعم	29	29.0
لا	24	24.0
محايد	47	47.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (37) وهو : إن المرضى الذين أعالجهم يتقيُّدون بتعليماتي في العلاج والمراجعة. حيث كانت نسبة 29٪ من مجتمع الدراسة قد أجابوا بنعم ونسبة 24٪ قد أجابوا بلا ونسبة 47٪ محايدون. ومن بين العلامات المهمَّة التي تبيِّن مدى اهتمام المرضى بتعليمات الطبيب هو تقيُّدهم بالعلاج في مواعيد محدَّدة، والعودة للمراجعة حسب تعليمات الطبيب، كما أن تعليمات الطبيب تصبح منهج عمل بالنسبة للمرض إذا ما شعر المريض باهتمام من جانب الطبيب، وبوجود علاقة ودية وحميمة هدفها القضاء على المرض ونشر الوعي الصحي

الجدول رقم (38) يُرجع كثيرٌ من المرضى مرضهم لأسباب

غيبية كالسحر والحسد:

أسباب المرض عند المرضى	التكرار	النسبة المئوية
نعم	23	23.0
لا	38	38.0
محايد	39	39.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (38) وهو: يُرجع كثير من المرضى مرضهم لأسباب غيبية كالسحر والحسد. وكانت نسبة الأطبَّاء الذين أجابوا بنعم 23٪ فهم يرون أن مرضاهم يرجعون موضوع مرضهم لأسباب غيبية، وكانت نسبة الذين أجابوا بلا 38٪

وهي نسبة أكبر من سابقتها، ونسبة **39**٪ محايدون. وهذا يدل على أن المرضى لديهم نسبة من الوعي تمكنهم من سرعة الشفاء من المرض، وبشيء من التحفيز والاهتمام من جانب الطبيب يمكن أن نصل إلى تحقيق الوعي الصحي المطلوب.

الجدول رقم (**39**) هل توافق بأن المرض هو حدث اجتماعي يمكن تفسيره خارج علم الحياة وعلم الطب ؟

المرض حدث اجتماعي	التكرار	النسبة المئوية
نعم	18	18.0
لا	56	56.0
محايد	25	25.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (**39**) وهو : هل توافق بأن المرض هو حدث اجتماعي يمكن تفسيره خارج علم الحياة وعلم الطب. حيث كانت نسبة الذين أجابوا بنعم **18**٪ وهؤلاء يدركون أن هناك أمراضاً اجتماعية المنشأ تظهر نتيجة لعوامل اجتماعية وبيئية، وتؤثر على صحة الإنسان كما تناولنا ذلك في الفصول السابقة، وهو ما نحاول في هذه الدارسة إثباته، أما نسبة الذين أجابوا بلا كانت **56**٪ ومحايد **25**٪.

الجدول رقم (**40**) عند علاج المرضى يجب إدخالهم من ضمن نموذج السلوك المنحرف ؟

المرض سلوك منحرف	التكرار	النسبة المئوية
نعم	2	2.0
لا	77	77.0
محايد	20	20.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**40**) وهو عند علاج المرضى يجب إدخالهم ضمن النموذج المنحرف؟ والغريب في هذا السؤال أن نسبة **77**٪ ترفض إدخال المريض ضمن النموذج المنحرف، وقد يرجع ذلك لعدم فهم السؤال، أو لعدم إدراك الأطبّاء معنى السلوك المنحرف. وكانت نسبة الذين أجابوا بنعم **2**٪ فقط ونسبة **20**٪ محايدون ونسبة **1**٪ غير مبين.

الجدول رقم (**41**) لعلاج الأمراض هل يجب أن نفهم الخصائص الفسيولوجية والبيولوجية للشخص فقط:

فهم الخصائص الفسيولوجية والبيولوجية للشخص	التكرار	النسبة المئوية
نعم	20	20.0
لا	69	69.0
محايد	11	11.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**41**) وهو لعلاج الأمراض هل يجب أن نفهم الخصائص الفسيولوجية والبيولوجية للشخص فقط ؟ وكانت نسبة الذين أجابوا بلا **69**٪ وهم الذين يدركون أن لعلاج المرضى والمرض لابد من أن يدرك الطبيب الجوانب الاجتماعية والثقافية المسبّبة للمرض والمؤثرة في المريض، وكانت نسبة الذين أجابوا بنعم **20**٪ وهؤلاء يعاملون المرضى معاملة طبية خالية من الانفعالات الاجتماعية والتأثيرات البيئية داخل المجتمع، ونسبة **11**٪ محايدون.

الجدول رقم (**42**) كثير من المرضى يحملون ثقافات منغلقة ولا يتقبلون تعليمات الطبيب:

المرضى يحملون ثقافات منغلقة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	41	41.0
لا	20	20.0

محايد	39	39.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**42**) وهو كثير من المرضى يحملون ثقافات منغلقة ولا يتقبلون تعليمات الطبيب. حيث أجاب بنعم نسبة **41**٪ وأجاب بلا نسبة **20**٪ ونسبة **39**٪ محايدون كما هو موضح بالجدول رقم (**42**) إلا أنه لا يمكن بأي حال من الأحوال أن تكون ثقافة أي إنسان عائق له، وفي سبيل صحته وصحة أبنائه إذا ما استطاع الطبيب أن يخترق تلك الثقافات، وهنا يأتي دور الوعي عند الطبيب والقدرة والمهارة في كيفية التعامل مع المرضى وحثهم على تقبل تعليماته وإتباع أساليب العلاج الصحيحة.

الجدول رقم (**43**) لا أتعامل مع المرضى الذين لا يتقيدونَ بتعليمات الطبيب:

لا أتعامل مع المرضى الذين لا يتقيدون بتعليمات الطبيب	التكرار	النسبة المئوية
نعم	32	32.0
لا	46	46.0
محايد	22	22.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**43**) وهو لا أتعامل مع المرضى الذين لا يتقيدون بتعليمات الطبيب وفي هذا السؤال اختيار للأطباء في كيفية التعامل مع المرضى، وكانت نسبة **32**٪ من مجتمع الدراسة توافق على هذا السؤال فهم لا يتعاملون مع المرضى الذين لا يتقبلون تعليماتهم ودون أن يستبينوا سببَ ذلك، وهذا ما نسميه بالعلاقة الضرورية بين الطبيب والمريض التي لاغني عنها، وكانت نسبة الذين أجابوا بلا **46**٪ وهذه النسبة أعلى من سابقتها حيث إن هؤلاء يعرفون تمام المعرفة كيفية التعامل مع الأطبَّاء، ويقدِّرون المهنة حق تقدير ويتمسَّكون بأخلاق المهنة ويقدِّسونها، فحتى لو لم يتقيَّد المريض بتعليمات الطبيب، فما على الطبيب الناجح إلا اكتشاف الخلل أو الخطأ في العلاج والتشخيص ومعالجته، بدلاً من الامتناع من معالجة المرضى، وكانت نسبة **22**٪ محايدون.

الجدول رقم (**44**) تلعب ثقافة المرضى دوراً أساسياً في إصابتهم بالمرض:

ثقافة المرضى وعلاقتها بالمرض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	76	76.0
لا	12	12.0
محايد	10	10.0
غير مبين	2	2.0
المجموع	100	100

وفي السؤال رقم (**44**) وهو: تلعب ثقافة المرضى دوراً أساسياً في إصابتهم بالمرض. ويوافق الأطبَّاء على هذا السؤال بنسبة **76**٪ حيث يرون أن الثقافات هي السبب في الإصابة بالمرض فكلما كانت الثقافة متخلفة تؤدِّي إلى الإصابة بالمرض، وترى نسبة **12**٪ أن الثقافة لا تتدخل في لإصابة بالمرض، وهذا يعني أن الأطبَّاء الذين لا يؤيدون هذا الفرض لا يستطيعون علاج الأمراض التي تنشأ بسبب الثقافات المتخلفة، وكان نسبة **10**٪ محايدون ونسبة **2**٪ غير مبيَّن.

الجدول رقم (**45**) هل تسأل المريض عن عمره ونوع عمله قبل عملية الكشف عليه؟

هل تسأل المريض عن عمره ونوع عمله	التكرار	النسبة المئوية
نعم	87	87.0
لا	5	5.0
محايد	8	8.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**45**) وهو : هل تسأل المريض عن عمره ونوع عمله قبل عملية الكشف علية ؟ يجيب بنسبة **87**٪ من الأطبَّاء بنعم نظراً لما لهذه المتغيرات من تأثير في

المرض والعلاج، ونسبة الذين لا يسألون عن العمر ونوع العمل **5**٪ وهؤلاء لا يرجعون إلى هذه المتغيرات في تحديد الإصابة بالمرض والعلاج، ونسبة **8**٪ محايدون.

الجدول رقم (**46**) هل تعتقد أن العمر والمهنة لها علاقة بالمرض ؟

العمر والمهنة لها علاقة بالمرض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	92	92.0
لا	3	3.0
محايد	4	4.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**46**) وهو : هل تعتقد أن العمر والمهنة لها علاقة بالمرض ؟ يجيب بنعم نسبة **92**٪ من مجتمع الدراسة وهذه الإجابة من الملاحظ أنها تتنافى مع السؤال السابق حيث يرى الأطبّاء أن العمر والمهنة لا تؤثر على المرض والعلاج في السؤال السابق وكانت نسبتهم **5**٪ وفي هذا السؤال ترى نسبة **3**٪ أن هذه المتغيرات ليست لها علاقة بالمرض.

الجدول رقم (**47**) أتعامل مع المرضى بالكلام فقط ولا ضرورة للكشف عليهم.

أتعامل مع المرضى بالكلام فقط	التكرار	النسبة المئوية
نعم	6	6.0
لا	89	89.0
محايد	4	4.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	.100

وفي السؤال رقم (**47**) وهو : أتعامل مع المرضى بالكلام فقط ولا ضرورة للكشف عليهم ونلاحظ أن نسبة **6**٪ من مجتمع البحث يؤكدون أنهم لا يتعاملون مع المرضى سوى بالكلام فقط، ولا يعيرون الكشف أي اهتمام، وفي هذا إهمال للجانب

النفسي للمريض الذي يأتي للمستشفى، وهو يحمل توقعات عن مرضه فيفاجأ بعكس التوقع مما يسبب له الإحباط والاستمرار في المرض دون الكشف عن علته، إلا أن النسبة الأكبر كانت **89**٪ وهي التي ترى أن الكشف مهم لعملية العلاج، ونسبة **4**٪ محايدون، ونسبة **1**٪ غير مبين.

الجدول رقم (**48**) أتعامل مع المرضى بالكلام والكشف الطبي معاً :

أتعامل مع المرضى بالكلام والكشف الطبي	التكرار	النسبة المئوية
نعم	90	90.0
لا	4	4.0
محايد	5	5.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**48**) وهو : أتعامل مع المرضى بالكلام والكشف الطبي معاً. حيث تؤكد نسبة **90**٪ من مجتمع الدراسة تمسكها بالكشف والكلام أثناء علاج المرضى، بينما ترى نسبة **4**٪ بأنها تمانع عملية الكلام والكشف معاً ونسبة **5**٪ محايدون. ولعل من بين أهم المواضيع على الإطلاق هي كيفية التعامل أثناء لقاء الطبيب مع المريض، ففي عملية الكشف الطبي على المريض لابد أن يستخدم الطبيب كل الإمكانيات المتاحة من وسائل طبية ومحادثة شفهية مع المريض، والكشف الطبي ومداعبة المريض لإزالة الكدر والهموم التي ألمت به بسبب المرض.

الجدول رقم (**49**) هل تسأل المريض عن خبرته ومعلوماته

حول المرض الذي يعاني منه.

خبرة المريض عن المرض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	74	74.0
لا	12	12.0
محايد	11	11.0

غير مبين	3	3.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**49**) وهو : هل تسأل المريض عن خبرته ومعلوماته حول المرض الذي يعاني منه ؟ يجيب بنعم نسبة **74**٪ ويجيب بلا نسبة **12**٪ والمحايدون **11**٪. فسؤال المريض من أهم المواضيع في العملية العلاجية ، فالسؤال يعني اهتمام الطبيب بالمريض، كثيراً ما نلاحظ المرضى يشعرون بالسعادة لسؤال الطبيب عن أي شيء يتعلق بالمرض وتاريخه ، ويعتبر السؤال من بين الأشياء التي لا غنى للطبيب عنها إذا ما أراد تحقيق نجاحات والقضاء على هموم المرضى.

الجدول رقم (**50**) ما معنى المرض عند المريض من وجهة نظرك ؟

ما معنى المرض عند المريض من وجهة نظرك ؟	التكرار	النسبة المئوية
المرض عارض ومسبب للألم	17	17.0
هو الإحساس بالألم فقط	10	10.0
هو عدم الراحة الجسمية والنفسية	14	14.0
هو تغير أو عجز عن أداء الوظائف الفسيولوجية	25	25.0
غير مبين	34	34.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**50**) وهو : ما معنى المرض عند المريض من وجهة نظرك ؟ ويعتبر هذا من الأسئلة المفتوحة الذي تم تبويبه على النحو المبين في الجدول رقم (**50**) حسب ما جاء في إجابات المبحوثين، وكانت نسبة **17**٪ ترى أن المرض عند المريض يعني عارضاً ومسبِّباً للألم ، وكذلك نسبة **10**٪ ترى أن المرض بالنسبة للمريض هو الإحساس بالألم فقط، ونسبة **14**٪ ترى أن المرض ما هو إلا عدم الراحة الجسمية والنفسية معاً ، ونسبة **25**٪ ترى أن المرض هو تغير أو عجز عن أداء الوظائف الفسيولوجية ، ونسبة **34**٪ غير مبيَّن.

الجدول رقم (51) كم من الوقت تقض للكشف على المريض ؟

كم من الوقت تقض للكشف على المريض ؟	التكرار	النسبة المئوية
خمس دقائق	8	8.0
عشر دقائق	20	20.0
خمس عشرة دقيقة	13	13.0
لا ينطبق عليهم السؤال	59	59.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (51) وهو : كم من الوقت تقضي للكشف عن المريض ؟ والذين لا ينطبق عليهم السؤال نسبتهم 48٪ من المبحوثين، تليها نسبة 20٪ وهم الذين يقضون عشر دقائق في الكشف على المريض، تليها نسبة 13٪ وهم الذين يستغرقون مدة خمس عشرة دقيقة في الكشف، تليها نسبة 8٪ وهم الذين يستغرقون خمس دقائق في الكشف على المرضى.

الجدول رقم (52) ما تقييمك لتقييم المريض لنفسه ؟

ما تقييمك لتقييم المريض لنفسه ؟	التكرار	النسبة المئوية
تقييم علمي من حيث الأسباب والعلاج	36	36.0
تقييم غير علمي من حيث الأسباب والعلاج	56	56.0
غير مبين	8	8.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (52) وهو : ما تقييمك لتقييم المريض لنفسه ؟ حيث يرى المبحوثون أن تقييم المريض لنفسه تقييم علمي من حيث الأسباب والنتائج، ونسبة هؤلاء 36٪ بينما الذين يرون أن تقييم المريض لنفسه تقييم غير علمي من حيث الأسباب والنتائج تصل نسبتهم إلى 56٪ من المبحوثين ونسبة 8٪ غير مبيًّن.

الجدول رقم (**53**) إذا كان تقييمه غير علمي فلماذا ؟

إذا كان تقييمه غير علمي فلماذا ؟	التكرار	النسبة المئوية
عدم وجود ثقافة علمية حول المرض	31	31.0
عدم فهم المريض لطبيعة المرض	11	11.0
لنقص الوعي	9	9.0
لمقارنة المريض نفسه مع مريض آخر	2	2.0
لا ينطبق عليهم السؤال	47	47.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**53**) وهو سؤال مفتوح وتابع للسؤال رقم (**52**) وقد تم تبويبه حسب إجابات المبحوثين على النحو المبيَّن بالجدول أعلاه، وكان السؤال : إذا كان تقييمه غير علمي فلماذا؟

وكانت نسبة **31**٪ ترى أن عدم وجود ثقافة علمية حول المرض هي السبب في تقييم المريض للمرض، كما أن نسبة **11**٪ ترى أن السبب هو عدم فهم المريض لطبيعة المرض، ونسبة **9**٪ ترى أن السبب يكمن في نقص الوعي الطبي عند المريض، ونسبة **2**٪ ترجع السبب إلى مقارنة المريض لنفسه مع غيره من المرضى، ونسبة **47**٪ لا ينطبق عليهم السؤال.

الجدول رقم (**54**) أدرك أن هناك أمراضاً ذات طبيعة اجتماعية.

أدرك أن هناك أمراضاً ذات طبيعة اجتماعية	التكرار	النسبة المئوية
نعم	88	88.0
لا	2	2.0
محايد	9	9.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (**54**) وهو : أدرك أن هناك أمراضاً ذات طبيعة اجتماعية. نلاحظ أن نسبة **88**٪ من مجتمع الدراسة ترى أن هناك أمراضاً ذات طبيعة اجتماعية، وهذا يجرُّنا للقول إن هذه الدراسة . في معظم فصولها . تحاول من خلال الدراسة والتحليل إثبات أن هناك أمرضاً ذات طبيعة اجتماعية الذي نلاحظه الآن هو دليل على أن المرض ينشأ أساساً بسبب ظروف وعوامل اجتماعية، كما أن نسبة **2**٪ تعرض هذا الرأي ونسبة **9**٪.

الجدول رقم (**55**) اعتقد أن بعضاً من يتردُّدون على الطبيب للعلاج يتمارضون:

التردُّد على الطبيب والتمارض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	71	71.0
لا	9	9.0
محايد	20	20.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**55**) وهو : أعتقد أن بعضاً من يتردَّدون على الطبيب للعلاج يتمارضون. وتجيب نسبة **71**٪ من مجتمع الدراسة أن هذه النسبة ليست بمريضه فعلاً وبهذا نلاحظ أنه قد توصَّل الأطبَّاء إلى معرفة أن هناك من يتمارض وليس بمريض، وهذا بحدٍّ ذاته مرض اجتماعي، ونسبة **9**٪ تعارض هذا الرأي ونسبة **20** محايدون.

الجدول رقم (**56**) اعتقد أن بعض من يترددون على الطبيب للعلاج هم مرضى يتوهَّمون المرض.

من يتردَّدون على الطبيب يتوهَّمون المرض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	65	65.0
لا	10	10.0
محايد	24	24.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**56**) وهو : أعتقد أن بعض من يتردَّدون على الطبيب للعلاج هم مرضى يتوهَّمون المرض. وتجيب نسبة **65**٪ بنعم ونسبة **10**٪ بلا ونسبة **24**٪ محايدون كما هو موضح بالجدول أعلاه. ومن بين أهم الواجبات على الأطبَّاء التي توضح مدى إدراك الطبيب لسبب تمارض بعض الناس هو إدراك الأسباب التي تدعوا بعض الناس ادِّعاء المرض، ومحاولة علاج هذا المرض الوهمي والقضاء عليه.

الجدول رقم (**58**) أعتقد أن من يتردَّدون على الطبيب يحاولون التهرُّب من بعض المسؤوليَّات الاجتماعية والاقتصادية ؟

التردُّد على الطبيب والتهرب من المسؤوليَّات	التكرار	النسبة المئوية
نعم	43	43.0
لا	21	21.0
محايد	36	36.0
غير مبين	0	0.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**58**) وهو : أعتقد أن بعض من يترددون على الطبيب يحاولون التهرب من بعض المسؤوليات الاجتماعية والاقتصادية. وفي هذا السؤال محاولة للتعرف على قدرة الطبيب على إدراك العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في المرض، وتجيب نسبة **43**٪ بنعم، ونسبة **21**٪ بلا ونسبة **36**٪ محايدون.

الجدول رقم (**59**) أشعر أحياناً بأنني لا أستطيع تشخيص المرض بدقة:

تشخيص المرض بدقة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	62	62.0
لا	13	13.0
محايد	23	23.0
غير مبين	2	2.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**59**) وهو : أشعر أحياناً بأنني لا أستطيع تشخيص المرض بدقة. ويتبع هذا السؤال سؤال آخر مفتوح تم تقنينه يوضح أسباب عدم قدرة الطبيب على تشخيص المرض بدقة، ولكن في هذا السؤال تجيب نسبة **62**٪ من مجتمع البحث بنعم نسبة **13**٪ بلا ، ونسبة **23**٪ محايدون، الذين يجيبون بنعم يعللون ذلك بالمتغيرات الواردة في الجدول رقم (**60**).

الجدول رقم (**60**) إذا كان الجواب بنعم فلماذا ؟

إذا كان الجواب بنعم فلماذا ؟	التكرار	النسبة المئوية
لكثرة الحالات التي أعالجها	6	6.0
لوجود أمراض خارج تخصُّصي	5	5.0
لاختلاف الشكوى عن أعراض المرض	8	8.0
لعدم إلمامي بالنواحي التطبيقية للمرض	2	2.0
لعدم قدرة المريض على وصف حالته بدقة	13	13.0
لتغير الحالة المرضية للمريض بعد تناوله علاج غير مقرر	1	1.0
هناك أمراض ليست عضوية	1	1.0
لتجدد الأمراض والعلم	3	3.0
لقلة المعدات الطبية والتجهيزات	22	22.0
لا ينطبق عليهم السؤال	39	39.0
المجموع	100	100.0

الجدول رقم (**61**) هل يمكنك فهم السلوك الاجتماعي للمريض عند تشخيصه؟

فهم السلوك الاجتماعي للمريض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	53	53.0
لا	11	11.0
محايد	35	35.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**61**) وهو : هل يمكن فهم السلوك الاجتماعي عند تشخيصه. يجيب المبحوثون بنسبة **53**٪ بنعم، فهؤلاء يستطيعون فهم المرض الاجتماعي وتشخيصه، والذين لا يستطيعون تشخيص المرض أجابوا بلا بنسبة **11**٪ ونسبة **35**٪ محايدون. أن نسبة **53**٪ من المبحوثين تستطيع فهم السلوك الاجتماعي للمرض يعني هذا قدرة الطبيب على تشخيص المرض الاجتماعي، فإذا كان الطبيب قادراً على تشخيص المرض الاجتماعي، فهذا يعني قدرته أيضاً على علاج المرض بنفس الطريقة التي وجد بها.

الجدول رقم (**62**) هل يمكن أن تدرك السبب الحقيقي لزيارة المريض للطبيب:

السبب الحقيقي لزيارة المريض للطبيب	التكرار	النسبة المئوية
نعم	63	63.0
لا	8	8.0
محايد	29	29.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**62**) وهو : هل يمكن أن تدرك السبب الحقيقي لزيارة المريض للطبيب، يجيب **63**٪ من المبحوثين بنعم ، ونسبة **8**٪ بلا أي أنهم لا يعرفون السبب الحقيقي لزيارة المريض لهم، ونسبة **29**٪ محايدون.

الجدول رقم (**63**) يتقبل المريض تعليماتي إذا كان بيني وبينه اتصال مباشر:

يتقبل المريض تعليماتي	التكرار	النسبة المئوية
نعم	71	71.0
لا	8	8.0
محايد	21	21.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**63**) وهو : يتقبل المريض تعليماتي إذا كان بيني وبينه اتصال مباشر، والاتصال هنا كما تم تعريفه في التعريفات الإجرائية يقصد به عملية المقابلة ونقل المعلومات وجهاً لوجه، بين الأشخاص، وهو ما يعرف بالمقابلة، وكان نسبة **71**٪ من المبحوثين تؤيد الاتصال المباشر لأنه يجعل المريض يتقبل تعليمات الطبيب، ونسبة **8**٪ لا تؤيد هذا الرأي، ونسبة **21**٪ محايدون.

الجدول رقم (**64**) هل تستطيع تشخيص المرض إذا كان اجتماعي المنشأ:

المرض اجتماعي المنشأ	التكرار	النسبة المئوية
نعم	51	51.0
لا	13	13.0
محايد	36	36.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**64**) وهو : هل تستطيع تشخيص المرض إذا كان اجتماعي المنشأ؟ حيث يجيب المبحوثون بنعم بنسبة **51**٪ بمعنى أن لديهم القدرة على تشخيص المرض غير العضوي والتعامل معه، بينما لا يستطيع تشخيص المرض الاجتماعي المنشأ نسبة **13**٪ من المبحوثين ونسبة **36**٪ محايدون.

الجدول رقم (65) كثير من الأمراض يمكن علاجها بوسائل اجتماعية:

الأمراض يمكن علاجها بوسائل اجتماعية	التكرار	النسبة المئوية
نعم	70	70.0
لا	11	11.0
محايد	19	19.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (65) وهو : كثير من الأمراض يمكن علاجها بوسائل اجتماعية. نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 70٪ توافق بنعم، فمادام أن سبب المرض اجتماعي فلابد أن يعالج بنفس الطريقة التي سبَّبت المرض، وتجيب نسبة 11٪ بلا ونسبة 19٪ محايدون.

الجدول رقم (66) هل تجد اختلافاً بين المرضى في وصفهم حالتهم المرضية من حيث الأسباب والأعراض ؟

اختلاف بين المرضى في وصفهم حالتهم المرضية	التكرار	النسبة المئوية
نعم	94	94.0
لا	3	3.0
محايد	3	3.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (66) وهو : هل تجد اختلافاً بين المرضى في وصفهم حالتهم المرضية من حيث الأسباب والأعراض ؟ حيث يجيب بنسبة 94٪ من مجتمع البحث بنعم بمعنى أن هناك فرقاً في وصف المرضى لحالتهم المرضية، بينما تجيب نسبة 3٪ بلا ونسبة 3٪ محايدون.

الجدول رقم (**67**) توافق مع القول إن أسباب الأمراض تبدأ أسباباً اجتماعية ثم نفسية ثم بيولوجية ؟

أن أسباب الأمراض تبدأ أسباباً اجتماعية	التكرار	النسبة المئوية
نعم	37	37.0
لا	32	32.0
محايد	31	31.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**67**) وهو : هل توافق مع القول إن أسباب الأمراض تبدأ اجتماعية ثم نفسية ثم بيولوجية ؟ وكانت الإجابات حول هذا السؤال متقاربة، حيث تجيب نسبة **37**٪ من المبحوثين بنعم، ونسبة **32**٪ من المبحوثين بلا ونسبة **31**٪ محايدون.

الجدول رقم (**68**) إن أهم ما في العملية العلاجية هو التفاعل بين الطبيب والمريض:

التفاعل بين الطبيب والمريض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	86	86.0
لا	6	6.0
محايد	8	8.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**68**) وهو : إن أهم ما في العملية العلاجية هو التفاعل بين الطبيب والمريض. حيث نلاحظ أن نسبة **86**٪ تجيب بنعم، معنى هذا أن المبحوثين يرون أن التفاعل بين الطبيب والمريض مهمٌ جداً في العملية العلاجية، بينما يقول لا **6**٪ من المبحوثين ونسبة **8**٪ محايدون.

الجدول رقم (**69**) ليس من الضروري إخبار المريض بموضوع مرضه:

ليس من الضروري إخبار المريض بموضوع مرضه	التكرار	النسبة المئوية
نعم	13	13.0
لا	63	63.0
محايد	23	23.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**69**) وهو : ليس من الضروري إخبار المريض بموضوع مرضه. حيث تجيب بلا نسبة **63**٪ فهم يؤيدون إخبار المريض بموضوع مرضه، ونسبة **13**٪ فقط ترى أنه ليس من الضروري إخبار المريض بموضع مرضه ونسبة **23**٪ محايدون.

الجدول رقم (**70**) إن ضغط الحياة النفسي والاجتماعي سببٌ في الإصابة بالمرض:

إن ضغط الحياة النفسي والاجتماعي سببٌ في الإصابة بالمرض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	75	75.0
لا	1	1.0
محايد	24	24.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**70**) وهو : إن ضغط الحياة النفسي والاجتماعي سببٌ في الإصابة بالمرض. نرى أن نسبة **75**٪ تجيب بنعم ونسبة **1**٪ تجيب بلا ؛ ونسبة **24**٪ محايدون.

الجدول رقم (**71**) كيف تعرف أعراض المرض عند المريض ؟

كيف تعرف أعراض المرض عند المريض ؟	التكرار	النسبة المئوية
بسؤاله	42	42.0

بالكشف	37	37.0
بالنظر إلية	6	6.0
غير مبين	15	15.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (71) وهو : كيف تعرف أعراض المرض عند المريض ؟ تجيب نسبة 42٪ بقولهم بسؤاله فهم يكتفون بسؤال المريض فقط، ونسبة 37٪ يجيبون بقولهم عن طريق الكشف على المريض، أما النسبة الأخرى وهي 6٪ فهي تكتفي بالنظر إليه لتعرف المرض وسببه، ونسبة 15٪ غير مبين.

الجدول رقم (72) هل تتمتع بمميزات مادية في عملك بالمستشفى ؟

المميزات في العمل	التكرار	النسبة المئوية
نعم	16	16.0
لا	68	68.0
محايد	16	16.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (72) وهو : هل تتمتع بمميزات مادية في عملك ؟ نجد أن نسبة 68٪ يجيبون بلا ونسبة 16٪ هم الذين يجيبون بنعم، وهم الذين يتمتعون بمميزات مادية، ونسبة 16٪ محايدون.

الجدول رقم (73) هل راتبك الشهري يكفي حاجتك ويوفي التزاماتك الخاصة ؟

حاجات الطبيب	التكرار	النسبة المئوية
نعم	28	28.0
لا	59	59.0
محايد	13	13.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**73**) وهو : هل راتبك الشهري يكفي حاجتك ويفي بالتزاماتك الخاصة ؟ نجد أن نسبة **28**٪ تجيب بنعم، ونسبة **59**٪ وهي أعلى نسبة تجيب بلا، ونسبة **13**٪ محايدون.

الجدول رقم (**74**) هل ترغب بالعمل في العيادات الخاصة لزيادة دخلك الشهري ؟

العمل في العيادات الخاصة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	60	60.0
لا	26	26.0
محايد	14	14.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**74**) وهو : هل ترغب في العمل بالعيادات الخاصة لزيادة دخلك الشهري ؟ نجد أن نسبة **60**٪ تجيب بنعم، فهم يحتاجون لزيادة دخلهم الشهري عن طريق العمل خارج أوقات الدوام الرسمي في العيادات الخاصة، بينما تجيب نسبة **26**٪ بلا ونسبة **14**٪ محايدون.

الجدول رقم (**75**)هل هناك فرق في التعامل مع المرضى في العيادات الخاصة والعامة:

الفرق في المعاملة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	46	46.0
لا	40	40.0
محايد	13	13.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**75**) وهو : هل هناك فرق في التعامل مع المرضى في العيادات

الخاصة والعامة ؟ تجيب نسبة **46**٪ بنعم ونسبة **40**٪ بلا وهي نسبة متقاربة، ونسبة **13**٪ محايدون.

الجدول رقم (**76**) ما أبذله من جهد لا يتناسب مع ما أحصل عليه من مرتب ؟

جهد الطبيب وما يحصل عليه من مرتب	التكرار	النسبة المئوية
نعم	66	66.0
لا	25	25.0
محايد	9	9.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**76**) وهو : ما أبذله من جهد لا يتناسب مع ما أحصل عليه من مرتب. نجد أن نسبة **66**٪ من مجتمع البحث يجيبون بنعم، فالعمل الذي يقومن به لا يتناسب مع مرتباتهم، ونسبة **25**٪ تجيب بلا، ونسبة **9**٪ محايدون.

الجدول رقم (**77**) هل أنت راضٍ عن مكانتك الطبية بالمستشفى ؟

مكانة الطبيب الطبية	التكرار	النسبة المئوية
نعم	48	48.0
لا	34	34.0
محايد	16	16.0
غير مبين	2	2.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**77**) وهو : هل أنت راضٍ عن مكانتك الطبية بالمستشفى ؟ يجيب بنسبة **48**٪ بنعم، فهؤلاء راضون عن مكانتهم الطبية في المستشفى، ونسبة **34**٪ يجيبون بلا، ونسبة **16**٪ محايدون، ونسبة **2**٪ غير مبين، ونجد أسباب عدم رضا الأطبّاء عن مكانتهم الطبية في المستشفى في المتغيرات الواردة في الجدول التالي رقم (**78**) الذي توضح فيه إجابة المبحوثين، والنسبة المئوية لكل إجابة وهو يتبع

السؤال السابق، وقد تم تقنينه حسب ما ورد في استمارات المقابلة:

الجدول رقم (78) إذا كنت غير راضٍ فلماذا ؟

إذا كنت غير راضٍ فلماذا ؟	التكرار	النسبة المئوية
لطموح الطبيب إلى الأفضل	5	5.0
لعدم توفر الإمكانيات اللازمة	6	6.0
لسوء الإدارة	7	7.0
لعدم إتاحة الفرصة لي لتقديم ما لدي من خبرة	4	4.0
لكثرة المسؤوليات الخاصة	1	1.0
لقلة العائد المادي	4	4.0
لا ينطبق عليهم السؤال	73	73.0
المجموع	100	100.0

الجدول رقم (79) هل المستشفى مجهَّز بكل ما يلزم لعلاج المرضى ؟

تجهيزات المستشفى	التكرار	النسبة المئوية
نعم	9	9.0
لا	72	72.0
محايد	17	17.0
غير مبين	2	2.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (79) وهو : هل المستشفى مجهَّز بكل ما يلزم المرضى ؟ تجيب نسبة 72٪ بلا، وهي أعلى نسبة، بينما ترى نسبة 9٪ فقط بنعم ! ونسبة 17٪ محايدون ونسبة 2٪ غير مبين.

الجدول رقم (**80**) هل التهوية في غرف المستشفى جيدة، وتساعد على العلاج والشفاء من الأمراض ؟

التهوية في غرف المستشفى	التكرار	النسبة المئوية
نعم	37	37.0
لا	38	38.0
محايد	24	24.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**80**) وهو : هل التهوية في غرف المستشفى جيدة وتساعد على العلاج والشفاء من الأمراض ؟ كانت الإجابة على هذا السؤال متقاربة، حيث يجيب بنعم نسبة **37**٪ من مجتمع البحث، ويجيب بلا نسبة **38**٪ من مجتمع البحث، ونسبة **24**٪ محايدون. وتعتبر الأمور الفيزيقية من بين مسبِّبات حسن التعامل بين الطبيب والمريض، فوجود التهوية المناسبة في غرف المستشفى تفسح المجال للطبيب كي يقوم بعمله على الوجه الأكمل، وسوء التهوية يجعل استقبال الطبيب للمرضى محدود القيمة.

الجدول رقم (**81**) هل الطعام الذي يقدَّم للمرضى في المستشفى يتناسب وحالتهم الصحية ؟

تناسب الطعام مع حالة المرضى	التكرار	النسبة المئوية
نعم	16	16.0
لا	48	48.0
محايد	34	34.0
غير مبين	2	2.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**81**) وهو : هل الطعام الذي يقدَّم للمرضى في المستشفى يتناسب وحالتهم الصحية ؟ حيث يجيب بنعم نسبة **16**٪ فقط ويجيب بلا نسبة **48**٪ والمحايدون

تصل نسبتهم إلى 34٪. وكذلك الطعام الذي يقدَّم للمرضى له أثر بالغ في العملية العلاجية، فلابد أن يشرف الأطبَّاء على نوعية وكمية العلاج التي تقدَّم للمرضى لأن الطعام يعتبر أحد المسبِّبات للمرض، وخضوع المرضى لتعليمات الطبيب هي أحد خطوات العلاج.

الجدول رقم (82) هل نوعية وكمية العلاج المتوفرة في المستشفى كافية لإتمام عملية العلاج ؟

نوعية وكمية العلاج	التكرار	النسبة المئوية
نعم	12	12.0
لا	64	64.0
محايد	23	23.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (82) وهو : هل نوعية وكمية العلاج المتوفرة في المستشفى كافية لإتمام عملية العلاج ؟ حيث نجد أن نسبة 64٪ تجيب بلا ونسبة 12٪ تجيب بنعم، ونسبة 23٪ محايدون. ومن خلال إجابات المبحوثين نلاحظ أن نوعية وكمية العلاج الموجودة في المستشفى غير كافية وهذا دليل على أن الطبيب لا يستطيع أن يعمل في ظل الظروف المحدودة، ولا يمكن أن نتوقع علاجاً ناجحاً للمرضى بدون توفر الدواء، فإذا لم يُشْفَ المريض فإن نظرته حيال الطبيب تتغير بسبب عدم قدرة الطبيب على شفائه.

الجدول رقم (83) هل هيئة التمريض مؤهلة بشكل يسمح لهم بتقديم المساعدة الفنية للطبيب وتسهيل عمله؟

هل هيئة التمريض مؤهَّلة	التكرار	النسبة المئويَّة
نعم	34	34.0
لا	39	39.0
محايد	26	26.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (**83**) وهو : هل هيئة التمريض مؤهلة بشكل يسمح لهم بتقديم المساعدة الفنية للطبيب وتسهيل عمله ؟ حيث كانت الإجابات متقاربة، فنسبة **34**٪ تجيب بنعم، ونسبة **39**٪ تجيب بلا ونسبة **26**٪ محايدون. ومن بين معوقات العمل في المجال الطبي وجود عنصر غير مؤهل يعمل مع الطبيب، لأن جزءاً من العلاقة القائمة بين الأطبَّاء والمرضى يكملها الممرِّضون والممرِّضات، فتأهيل الطاقم المساعد لطبيب يسعد في توفير الوقت والجهد، ويوفر الكثير من الطاقة على الأطبَّاء.

الجدول رقم (**84**) هل تعتقد أن المستشفى
هو المكان المناسب لراحة المريض وتلقي العلاج ؟

المستشفى هو المكان المناسب لراحة المريض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	65	65.0
لا	17	17.0
محايد	15	15.0
غير مبين	3	3.0
المجموع	100	100.0

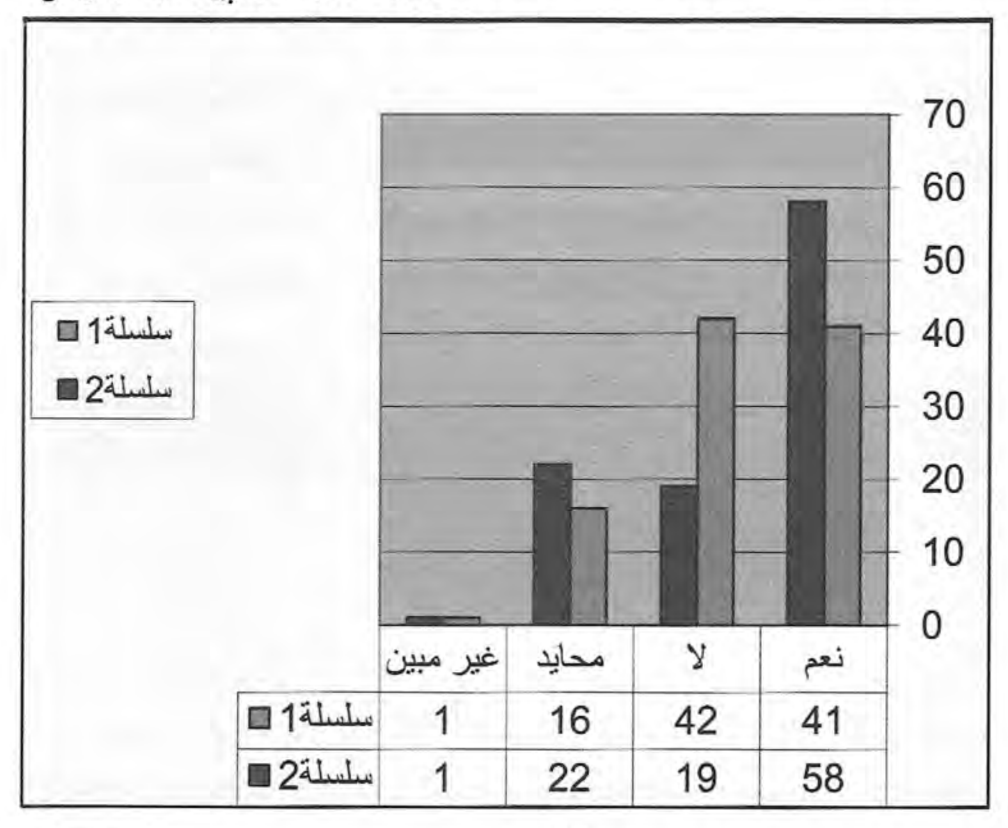
وفي السؤال رقم (**84**) وهو: هل تعتقد أن المستشفى هو المكان المناسب لراحة المريض وتلقي العلاج ؟ حيث يجيب بنعم نسبة **65**٪ من المبحوثين، ويجيب بلا نسبة **17**٪، والمحايدون نسبة **13**٪ ونسبة **3**٪ غير مبين. أن العامل المهم في علاج المرضى هو إكمال عملية العلاج وبشكل صحيح، ونسبة **84**٪ من المبحوثين ترى أن المستشفى هو أفضل الأماكن لإتمام عملية العلاج، ولكن لابد من وجود علاقة بين المريض والطبيب ومن خلال هذه العلاقة يستطيع الطبيب أن يقنع المريض بأن المستشفى هو أفضل مكان للعلاج، أو أن ينزع الفكرة القديمة والموجودة عند بعض الناس، وهي أن المستشفيات هي مكان الموت.

2- اختبار تساؤلات الدراسة :

من خلال تساؤلات الدراسة التي في ضوئها يمكن تفسير النتائج الخاصة بهذه الدراسة والتي تنص على الآتي:

التساؤل الأول: هل العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض تجعل المريض يفصح للطبيب عن كل ما يسبب له المرض ؟

ومن خلال تحليل النتائج تبين لنا أن نسبة الذين يرون أنه لابد من وجود علاقة بين الطبيب والمريض نسبتهم **41**٪ من مجموع المبحوثين كما هو موضح في الرسم البياني رقم (**1**).



	غير مبين	محايد	لا	نعم
سلسلة1	1	16	42	41
سلسلة2	1	22	19	58

أما الذين يجيبون بلا فنسبتهم **42**٪ ، وهذه النسبة متعادلة بين الذين يؤيِّدون فكرة وجود علاقة بين الطبيب والمريض، والذين لا يؤيِّدون هذه الفكرة، ومن هنا نرى أن نسبة **42**٪ من المبحوثين لا يرون في العلاقة بين المريض والطبيب أي فائدة يمكن أن تعود على الطبيب أو المريض، وإذا ما نظرنا لنفس الرسم البياني نلاحظ أن نسبة **58**٪ من المبحوثين يجيبون بنعم عن السؤال الذي مفاده أن المرضى يفصحون عن كل ما يسبِّب لهم المرض، وهذا يدل على أن هناك علاقة خفية لا يلاحظها الطبيب أو أنهم لا يدركون المعنى الحرفي لكلمة العلاقة، وفي العديد من الدراسات السابقة لا يوجد تمييز في العلاقة بين الطبيب والمريض، بمعنى أن استلطاف المريض للطبيب واستلطاف الطبيب للمريض يدخل في نطاق العلاقات، فوجود علاقة بين الطبيب والمريض تساعد المرضى على سرعة الشفاء كما أنها تساعد على تفهم المريض لمعنى المرض الذي يعاني منه، أن وجود علاقة غير رسمية بين الطبيب والمريض التي هي

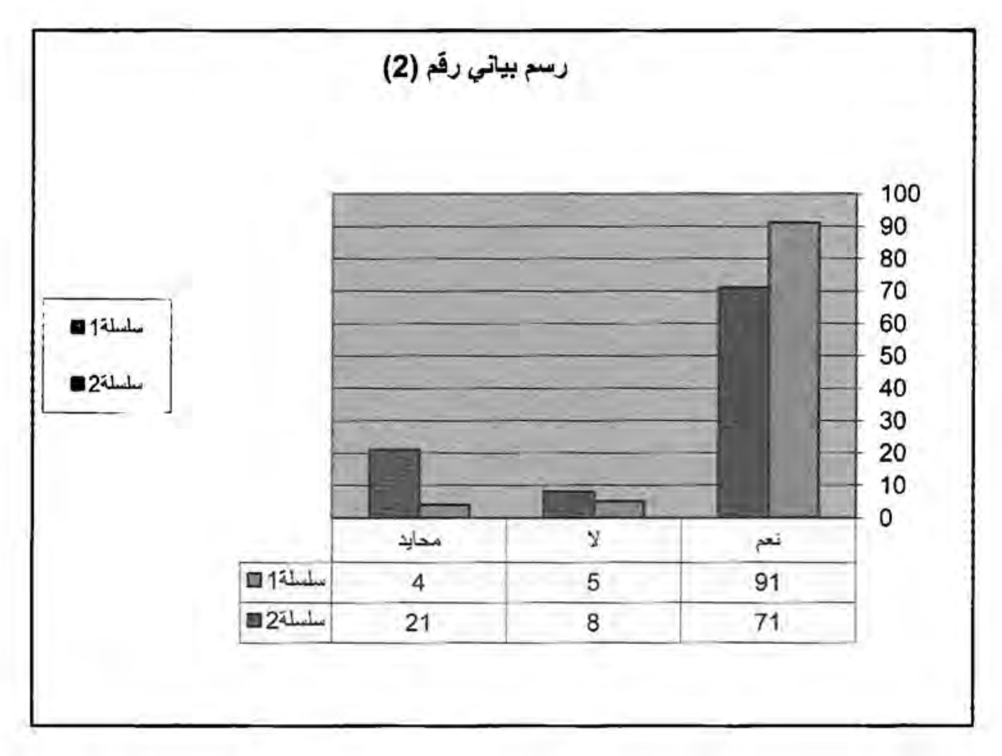
أساس في مجال البحث، والتي هي تربط الطبيب بالمريض الذي يعالجه مباشرةً، ودون وجود أي وسيط بينهما، هو بمثابة دفعة للمريض ومحفز على أن يفصح المريض للطبيب بكل ما يسبِّب له المرض والكدر، وهو غاية ما نصبو إليه.

الجدول رقم (**85**) يوضح العلاقة بين العلاقات غير الرسمية بين الطبيب والمريض تجعل المريض يفصح للطبيب عن كل ما يسبب له المرض.

إفصاح المريض عن كل ما يسبب له المرض	العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض			المجموع
	نعم	لا	محايد	
نعم	25	8	8	42
لا	24	7	11	42
محايد	9	4	3	16
المجموع	58	19	22	100

ومن خلال الجدول رقم (**85**) والذي يوضح النسبة المئوية للعلاقة بين المتغيرين يتَّضح لنا جلياً كيف أن العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض تؤدِّي إلى إفصاح المريض لطبيب عن كل ما يسبِّب له المرض، ويقصد بمسبِّبات المرض، الظروف الاجتماعية التي ساهمت في إصابة المريض بهذا المرض.

فمن خلال الجدول يتبيِّن لنا أن نسبة **25**٪ من مجموع المبحوثين ترى أن العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض تؤدِّي بالمريض إلى الإفصاح للطبيب عن كل ما يسبِّب له المرض، ونسبة **24**٪ ترى أن العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض لا تؤدِّي الضرورة إلى الإفصاح المريض عن كل ما يسبِّب له المرض. ومن خلال التتبع للجدول المذكور أعلاه تتَّضح باقي النسب.



	محايد	لا	نعم
سلسلة1	4	5	91
سلسلة2	21	8	71

أما في التساؤل الثاني وهو: هل للاتصال المباشر بين الطبيب والمريض علاقة بتقبل المريض تعليمات الطبيب ؟ ونلاحظ من خلال الجداول التكرارية والنسب المئوية أن نسبة **91**٪ وفي الجدول رقم (**14**) وفيه أن الأطبّاء يحرصون على أعطاء تعليماتهم للمرضى بأنفسهم، وهي أعلى نسبة في الجدول، وهذا يعني أن الطبيب يعلم تمام العلم أن الاتصال المباشر بينه وبين المريض مهم لدرجة أنه يؤثر على تقبل المريض لتعليماته من عدمها، فالمرضى لا يتقبلون تعليمات الطبيب إذا جاءت من الممرِّضة، ولكنهم يتقبلون تعليمات الطبيب إذا جاءت من الطبيب نفسه، ومن خلال الدراسات السابقة نلاحظ أنه كلما كان الطبيب مهتمّاً بإعطاء

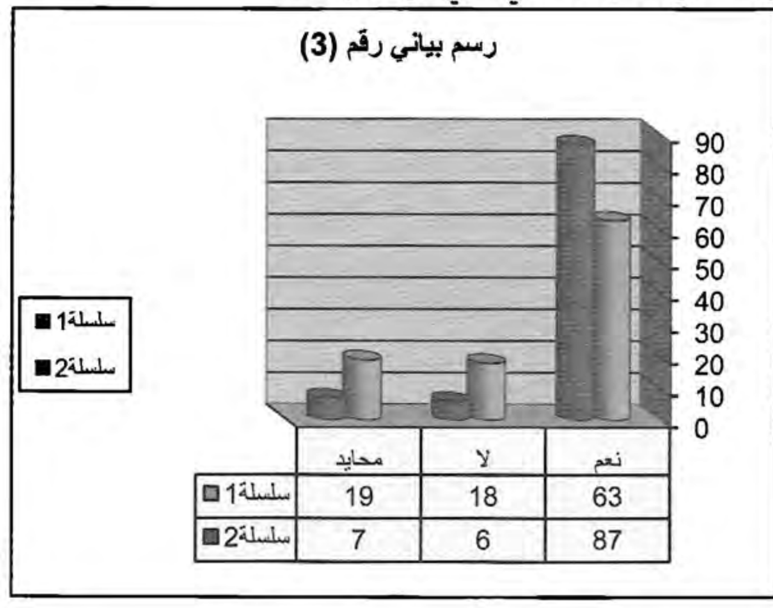
تعليماته بنفسه للمرضى، ويشرف عليهم بشكل مباشر (الاتصال المباشر) أدّى ذلك إلى تقبل تعليماته، وكذلك إلى ارتياح المريض، كما نلاحظ من خلال الرسم البياني رقم (**2**) أن نسبة الذين لا يوافقون على الاتصال المباشر بين الطبيب والمريض، وبعدم جدواه تصل نسبتهم إلى **5**٪، وكذلك الذين يرون أن لمرضى لا يتقبلون تعليماتهم **8**٪ فقط من المبحوثين.

الاتصال المباشر بين الطبيب والمريض	تقبُّل المريض تعليمات الطبيب			المجموع
	نعم	لا	محايد	
نعم	66	7	18	91
لا	3	1	1	5
محايد	2	0	2	4
المجموع	71	8	21	100

الجدول رقم (86) هل للاتصال المباشر بين الطبيب والمريض علاقة بتقبل المريض تعليمات الطبيب ؟

أما في الجدول (86) الذي يبحث في العلاقة بين الاتصال المباشر بين الطبيب والمريض وكيف يمكن أن يؤدِّي إلى تقبل المريض تعليمات الطبيب.

وتجيب نسبة 66٪ من المبحوثين بنعم، أي أنه كلما كان الاتصال بين الطبي ومرضاه مباشراً ووجهاً لوجه وبدون واسطة، يكون تقبُّل تعليماته من قبل المرضى سريعاً ومرغوباً على عكس التعليمات التي تأتي من الممرِّضة.



	محايد	لا	نعم
سلسلة1	19	18	63
سلسلة2	7	6	87

ومن خلال الجدول المذكور نشاهد أن بقية النسب ضئيلة بحيث لا تتجاوز 18٪ عند أقصى حد.

أما في التساؤل الثالث الذي نجد الإجابة عليه في الجدول رقم (**26**)، والجدول رقم (**32**)، وكما هو مبيَّن في الرسم البياني رقم (**3**) ويظهر جلياً العلاقة بين العلاقة الجيِّدة بين الطبيب والمريض، وكيف تؤدِّي إلى طرح المريض لمشاكله الشخصية أمام الطبيب وطلب المساعدة منه.

ففي التساؤل الثالث نجد أن نسبة الأطبَّاء الذين يستمتعون عند إقامة علاقة ودية مع المرضى **63**٪ من المبحوثين كما أن نسبة الذين يرون أن العلاقة الجيدة مع المريض تجعل المريض يطرح مشاكله الشخصية على الطبيب **87**٪ من المبحوثين كما هو موضح في الرسم البياني رقم (**3**)، وبالنظر إلى هذه النسب نجد أن العلاقة إذا كانت جيدة بين الطبيب والمريض فإن المريض يشعر بارتياح للطبيب مما يجعله يقوم بعرض المشاكل الاجتماعية التي أدَّت به إلى المرض العضوي، وبالتالي يطلب منه المساعدة.

ومما هو جدير بالذكر أن الدراسات السابقة في الفصل الرابع تناقش موضوع العلاقة بين الطبيب والمريض وبين هيئة التمريض والأطبَّاء وهيئة التمريض والمرضى وبين المرضى بعضهم بعضاً، وهي تركز بالأساس على دور العلاقات في المجتمع الإنساني باعتبارها محدِّداً لعملية الشفاء داخل المستشفى، وتعطي القدرة على العطاء الإنساني اللامحدود، وتعتبر أن العلاقات الاجتماعية الإنسانية أساسٌ مهمٌّ في عملية الشفاء بالنسبة للمرضى الذين يعانون في الأساس من أمراض اجتماعية المنشأ.

إن وجود علاقة بين إنسان وآخر تجله يشعر بأنه ذو شخصية مهمة، ويعتمد عليها وتجاهل هذه العلاقة بين الأطبَّاء والمرضى تعتبر ذات مردود سلبي على المريض والطبيب المعالج، وخير دليل على ذلك نلاحظ أن الأطبَّاء والمرضى على السواء يفضلون العلاقة الاجتماعية مع بعضهم بعضاً، لأن كلاً منهما يحتاج لإقامة هذه العلاقة فهي أساس التفاهم بين الأطبَّاء والمرضى، وهي الوسيلة لعلاج كثيرٍ من الأمراض.

الجدول رقم (87) إذا كانت علاقة الطبيب بالمريض جيدة تؤدّي إلى طرح المشكلات الشخصية للمريض على الطبيب وطلب المساعدة منه ؟

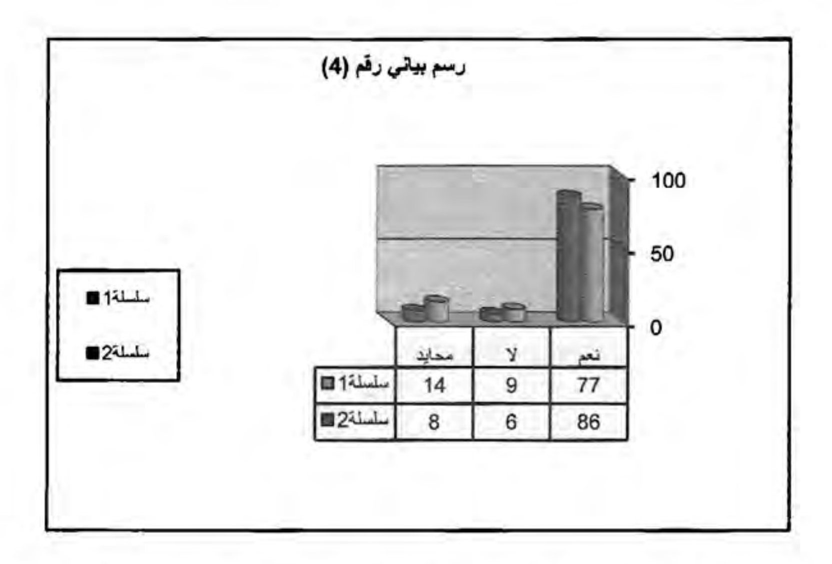
ومن خلال الجدول (87) يتّضح أن نسبة الذين يؤيّدون أن العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض تؤدّي بالمريض إلى طرح مشكلاته الشخصية على الطبيب، لطلب المساعدة منه تصل نسبتهم إلى 58٪ ، أعلى نسبة مما يؤكد أن العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض تفتح آفاقاً جديدة من العلاج، وأن العلاقات الاجتماعية بكل أنواعها تؤدّي إلى نتائج إيجابية في كل الأحيان.أما بقية النسب فيمكن ملاحظتها من خلال الجدول، وهي لا تتجاوز أعلى نسبة فيها 17٪. وفي الرسم البياني رقم (4) يتّضح فيه التفاعل بين الطبيب والمريض، كما يتّضح من خلال المؤشّرات سرعة تماثل المريض للشفاء، ففي الجدول رقم (33) والذي يوضح أن وجود الموضّح أعلاه يتبين أن نسبة 77٪ تجيب بنعم، وترى أن وجود علاقة ناجحة بين الطبيب والمريض تؤدّي بالضرورة إلى سرعة تماثل المريض للشفاء، وكما أسلفنا أن العلاقات الإنسانية سبب رئيسي

العلاقة الجيّدة بين الطبيب والمريض	طرح المريض مشكلاته الشخصية على الطبيب			المجموع
	نعم	لا	محايد	
نعم	58	3	2	63
لا	12	3	3	18
محايد	17	0	2	19
المجموع	87	6	7	100

لتماثل بعض الحالات المرضية للشفاء، خاصةً التي تعاني من أمراض اجتماعية المنشأ، والتي عادةً تنشأ بسبب الضغوطات الاجتماعية وتعقد الحياة المدنية.

كما أن نسبة 86٪ من المبحوثين ترى أن أهم ما في العملية العلاجية هو وجود علاقة بين الطبيب والمريض، وبهذا يتأكد بما لا يدع مجالاً للشك، أن العلاقات

الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي بين الأطبّاء والمرضى، له أثر كبير على تحسُّن حالة المريض، ووضع حدٍّ للأمراض التي تنشأ بسبب البيئة الاجتماعية، وتكون سبباً في بعض الحالات المرضية التي يعيشها الإنسان فترة من الزمن للهروب من الواقع الاجتماعي الذي يحيط به.



الجدول رقم (88) هل التفاعل بين الطبيب والمريض يؤدّي إلى سرعة تماثل المريض للشفاء؟

التفاعل بين الطبيب والمريض	سرعة تماثل المريض للشفاء	المجموع		
	نعم	لا	محايد	
نعم	70	2	5	77
لا	5	3	1	9
محايد	11	1	2	14
المجموع	86	6	8	100

ومن خلال الجدول رقم (88) نلاحظ أن للعلاقات الاجتماعية دوراً بارزاً آخر في

علاج بعض المشكلات التي تعترض حالة المريض الصحية، فمن خلال الجدول المذكور تبين أن نسبة **70**٪ من المبحوثين (وهي أعلى نسبة) توافق على أن لعملية التفاعل بين الطبيب والمرضى أهميةً كبرى في سرعة تماثل المريض للشفاء، وبنظرة سريعة لباقي القيم الواردة في الجدول نشاهد أنها لا تتجاوز **11**٪ في أعلى مستوياتها، وهذا دليل آخر على أن للعلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي أهمية كبرى وفي تشخيص وعلاج بعض الأمراض.

3- صعوبات الدراسة:

لاشكّ أن كل عمل حثيث لا يخلو من صعوبات ومتاعب تعيقه، وهي في حقيقة الأمر محفّزات على العمل الجاد والدؤوب والمثابرة، والبحث الجاد.

وقد واجهتني في هذه الدراسة صعوبات لم تزدني إلا إصراراً على مواصلة مشواري، ومن بين أهم الصعوبات، الآتي :

1- عدم توفر المراجع التي تتحدث عن موضوع الدراسة بشكل خاص وعلم الاجتماع الطبي بشكل عام.

2- عدم تفهُّم الأطبَّاء لأهمية الأسئلة المفتوحة، حيث يلاحظ عدم إجابتهم عليها.

3- يعتبر وقت الطبيب من أهم معوِّقات الدراسة، حيث يتحجَّج الأطبَّاء بعدم وجود الوقت الكافي للإجابة على أسئلة الاستبيان مما تسبَّب في تأخير جمع البيانات.

4- عدم تفهُّم المسؤولين في الشعبية لأهمية الدراسة العلمية، والهدف من إقامتها.

4- النتائج العامة للبحث :

أ- إن العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض تجعل المريض يفصح للطبيب عن كل ما يسبب له المرض، ومن خلال تحليل النتائج تبين أن الذين يرون أنه لابد من وجود علاقة بين الطبيب والمريض نسبتهم **41**٪ من مجموع المبحوثين، أما الذين يجيبون بلا فنسبتهم **42**٪ وهذه النسبة متعادلة بين الذين يؤيدون فكرة وجود

علاقة بين الطبيب والمريض الذين لا يؤيدون هذه الفكرة، ومن هنا نرى أن نسبة 42٪ من المبحوثين لا يرون في العلاقة بين المريض والطبيب أي فائدة.

ويتَّضح لنا جلياً كيف أن العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض تؤدِّي إلى إفصاح المريض للطبيب عن كل ما يسبب له المرض، ويقصد بمسبِّبات المرض، الظروف الاجتماعية التي ساهمت في إصابة المريض بهذا المرض.

ويتبيِّن لنا أن نسبة 25٪ من مجموع المبحوثين ترى أن العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض تؤدِّي بالمريض إلى الإفصاح للطبيب عن كل ما يسبِّب له المرض ونسبة 24٪ ترى أن العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض لا تؤدِّي الضرورة إلى إفصاح المريض عن كل ما يسبِّب له المرض.

ب- الاتصال المباشر بين الطبيب والمريض يؤدِّي إلى تقبُّل المريض تعليمات الطبيب، وتجيب نسبة 66٪ من المبحوثين بنعم، أي أنه كلما كان الاتصال بين الطبيب ومرضاه مباشراً، ووجهاً لوجه وبدون واسطة، يكون تقبُّل تعليماته من قبل المرضى سريعاً ومرغوباً على عكس التعليمات التي تأتي من الممرِّضة.

ومن خلال ملاحظة البيانات نجد أن بقية النسب ضئيلة بحيث لا تتجاوز 18٪ عند أقصى حد.

ج- إن العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض تؤدِّي بالمريض إلى طرح مشكلاته الشخصية على الطبيب، وطلب المساعدة منه تصل نسبتهم إلى 58٪ وهي أعلى نسبة مما يؤكد أن العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض تفتح آفاقاً جديدة من العلاج وأن العلاقات الاجتماعية بكل أنواعها تؤدِّي إلى نتائج إيجابية في كل الأحيان.

د- إن للعلاقات الاجتماعية دوراً بارزاً آخر في علاج بعض المشكلات التي تعترض حالة المريض الصحية، وإن نسبة 70٪ من المبحوثين (وهي أعلى نسبة) توافق على أن لعملية التفاعل بين الطبيب والمرضى أهمية كبرى في سرعة تماثل المريض للشفاء.

5- التوصيات :

من خلال الدراسات السابقة لهذا البحث والإطار النظري وتحليل البيانات والنتائج يمكن أن نخلص لعدد من التوصيات التي يوصي بها الباحثُ المهتمين بمجال علم الاجتماع الطبي، ومجال الصحة العامة والعلاقات الاجتماعية الطبية وهي على النحو الآتي :

1- ضرورة وجود أخصائي اجتماعي ونفسي في مستشفيات الإيواء للإطلاع على حالات المرضى وتشخيصهم.

2- تدريس المواد الإنسانية في كليات الطب والصحة لعامة وصحة المجتمع التي تعالج فيها الأمراض الناشئة عن المشاكل الاجتماعية.

3- إعادة وتأهيل وتدريب الممرِّضين والممرِّضات على كيفية إبراز العامل الاجتماعي في العمل المهني، وتقديم المساعدة الأزمة للأطباء والمرضى.

4- الاهتمام بالمرضى ومعالجة المشاكل الصحية الناتجة عن آثار البيئة الاجتماعية وضغوط الحياة اليومية.

5- وضع سياسة صحية تتبنَّاها كليَّات الصحَّة العامة للحدِّ من مشكلات الفرد داخل محيط بيئته إذا ما أصيب بأي مرض، وبث الوعي الصحي في المجتمعات المحلية عن طريق التوعية والإرشاد.

6- تجهيز المستشفيات بكل ما يلزم لراحة المريض النفسية والصحية لما لها من آثار إيجابية على استجابة المرضى للعلاج، والتغلب على المرض الناتج عن الوضع الاجتماعي السيئ.

7- توعية الأطبَّاء والممرِّضين والممرِّضات والعاملين في مجال الصحة بأهمية البحث العلمي وما له من مردود إيجابي لصالح المجتمع والمؤسَّسة الصحية والطبيب والمريض.

إن عمليـة إدراك الطبيـب للعوامـل الاجتماعيـة والثقافيـة في إصـابة وعـلاج بعـض الأمراض، تعد مـن أساسيات العمـل الطبي والـذي يقـوم علـى التفاعـل الاجتمـاعي بـين الطبيب ومرضاه.

فإدراك عملية استجابة حسية، لمثيرات اجتماعية وسلوكية معينة، وليست مجرَّد أشكال حسية، ويهدف من خلال هذه الاستجابة إلى القيام بنوع معين من السلوك تجاه المثيرات المختلفة.

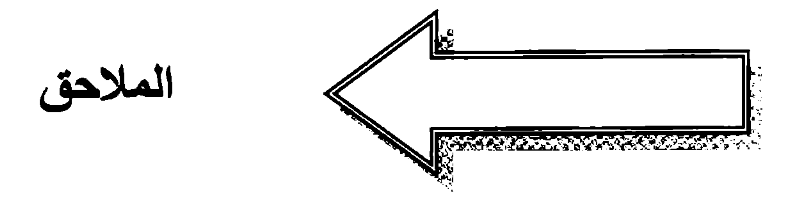
إن عمليـة الإدراك ليسـت بـالأمر الهـين في عـلاج الأمـراض، فهـي عمليـة تشـخيص دقيق للمرض، ومعرفة معنـاه العضـوي والاجتمـاعي وطريقـة تصـنيفه في سـلم الأمـراض الاجتماعية وإيجاد العلاج المناسب لهذا المرض.

إن المرض الاجتماعي لا يبدو بصورة مختلفة عن المـرض العضـوي، ويمكـن مـلاحظة المـرض الاجتمـاعي وإدراكـه مـن خـلال الفحـص الـدقيق لمحـيط البيئـة الـتي يعـيش فيهـا المريض، ومستواه العلمي وخبراته عن المرض الذي يعاني منه ونوع العمـل الـذي يقـوم بـه في حياته العامة، وعدد أفراد أسراته وغيرها من المتغيرات التي تتحكم في حياته الاجتماعية.

كل تلك المتغيرات تعطي مؤشرات للطبيب عن حالة ونـوع المـرض الـذي يعـاني منـه والطريقة الصحيحة في علاجه.

فإدراك الطبيب يتوقف على دراسة هذه المتغيِّرات وغيرهـا للوصـول إلى التشـخيص الدقيق للمرض.

كمـا أن إدراك الطبيـب لا يصـل إلى هـذا الحـد، بـل يتعـدَّاه إلى معرفـة الأسـباب الحقيقية لزيارة المريض للطبيب، وهل يدرك الطبيب المغزى الحقيقي لهذه الزيارة، وما إذا كان المريض يعاني من مرض عضوي أو مشاكل اجتماعية أثرت على مسار حياتـه العامة، وانتهى به الأمر إلى المرض العضوي، أو أن زيارة المريض للطبيب هي عبارة عـن ووسيلة للهرب من الدور الاجتماعي للمريض، والمسؤوليَّات الملقاة على كاهل المريض.



الملاحق

الجماهيرية العربية الليبية

الشعبية الاشتراكية العظمى

جامعة التحدي. سرت

كلية الآداب والتربية قسم علم الاجتماع

استمارة مقابلة

الأخ / الطبيب

بعد التحية

أتشرف بأن أرسل رفقة هذه الاستبانة للتعرف على بعض العوامل الاجتماعية والثقافية في تشخيص وعلاج بعض الأمراض اجتماعية المنشأ.

الرجاء التكرم شاكراً قراءة هذا الاستبانة بعناية، ثم الإجابة عن الأسئلة المرفقة، علماً بأن ما تدلون به من معلومات قيمة هدفها فقط البحث العلمي وليست لأي أغراض أخرى، ومحاطة بالسرية التامة.

وأشكر لكم سلفاً حسن تعاونكم لما فيه من فائدة علمية وعملية.

الباحث

☜ الرجاء اختيار إجابة واحدة فقط ووضع علامة ☑ على الإجابة المناسبة.

اولاً :- معلومات عامة.

(1) الخلفية الاجتماعية والاقتصادية والخبرة للطبيب.

1. النوع : ذكر ☐ أنثى ☐
2. الحالة الاجتماعية : أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل ☐
3. المستوى العلمي للأب : متعلم ☐ غير متعلم ☐ يقرأ ويكتب ☐
4. المستوى العلمي للأم : متعلمة ☐ غير متعلمة ☐ تقرأ وتكتب ☐
5. مهنة الأب :

موظف ( ) معلم ( ) متقاعد ( ) طبيب ( ) أعمال حرة ( )مزارع ( ) مهندس( )

6. مهنة الأم :

معلمة ( ) موظفة ( ) طبيبة ( ) ربة بيت ( ) متقاعدة ( )

7. دخل الأسرة : ضعيف ☐ متوسط ☐ عالٍ ☐
8. المستوى العلمي : بكالوريوس ☐ ماجستير ☐ دكتوراه ☐
9. التخصص :

أمراض نساء ( ) طبيب عام ( ) أخصائي باطنية ( ) جراحة عامة ( ) انف وأذن وحنجرة ( ) طب أطفال ( ) أشعة ( ) عيون ( ) طب الأسرة ( ) نساء وولادة( ) جراحة مسالك بولية ( ) حميات ( ) أمراض صدرية ( ) جلدية ( ) أسنان ( ) جراحة عظام ( ) تخدير ( ) صيدلة ( ) تغذية ( ) أمراض نفسية وعصبية ( )

10. سنوات الخبرة :

1- 5 ( ) 6- 10 ( ) 11- 15 ( ) 16- 20 ( ) 21- 25 ( ) 26- 31( )

11. العمر :

27- 31 ( ) 32- 36 ( ) 37- 41 ( ) 42- 46 ( ) 47- 51 ( )

ثانياً. العلاقات والتفاعل الاجتماعي بين الطبيب ومرضاه.

12- هل تسأل المريض عن أسباب المرض الحقيقية ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

13- هل يفصح المريض في اعتقادك عن كل ما يسبب له المرض ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

14- احرص على إعطاء تعليماتي للمرضى بنفسي وأوضح لهم طرق العلاج.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

15- أعطي تعليمات العلاج للمرضى عن طريق الممرضة.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

16- هل تتبادل الآراء والأفكار بينك وبين المريض في كيفية القضاء على المرض ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

17- هل يتعاون معك المريض في معرفة أسباب المرض الذي يعني منه ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

18- هل يتعاون معك المريض بأتباع نصائحك الطبية للوصول إلى الشفاء ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

19- هل يتعامل معك المريض بمودة وتفاهم ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

20- هل تعتقد أن من مهام الطبيب أن يجعل المريض ينظر له كمحط للثقة ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

21- هل تعتقد أن المريض ينظر للطبيب على أنه عامل مساعد على الشفاء فقط ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

22- هل يأخذ الطبيب بالعوامل الاجتماعية والثقافية المسببة للمرض التي تؤدي إلى العلاج ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

23- أتعامل مع المرضى الذين يعانون من أمراض خطيرة ومزمنة معاملة خاصة.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

24- ليس من الضروري وجود أي نوع من العلاقات الاجتماعية بين الطبيب والمريض.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

25- أتأفف من بعض المرضى أثناء التعامل معهم.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

26- استمتع بعملي عند إقامة علاقة صداقة مع مريض.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

27- أؤيد زيارة المريض في البيت والكشف عليه.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

28- من الضروري مناقشة المرضى في موضوع مرضهم ومصارحتهم.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

29- يلجأ المرضى في كثير من الأحيان إلى الطبيب من أجل النصيحة فقط.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

30 – أشياء أخرى تذكر كتابتا :

الراحة النفسية ( ) لثقة المريض في الطبيب ( )

31- العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض تؤدي إلى وجود نوع من الارتياح بين الطرفين.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

32- العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض تجعل المريض يصارح الطبيب بمشاكله الشخصية وطلب مساعدته.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

33- اعتقد أن وجود علاقة بين الطبيب والمريض تؤدي إلى سرعة التماثل للشفاء.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

34 – هل ترى أن هناك فرقاً في الكشف والمعاملة على المريض في المستشفى العام والعيادة الخاصة ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

35 – إذا كان هناك فرق فما هو ؟

لوجود وقت كافٍ في العيادة الخاصة ( ) لتوفر الإمكانيات في العيادة الخاصة ( )

حسن المعامل في العيادة الخاصة ( ) لعدم وجود ازدحام في العيادة الخاصة ( )

ثالثاً- إدراك الطبيب للعوامل الاجتماعية والثقافية لإصابة وعلاج بعض الأمراض.

36- معظم المرضى الذين أعالجهم لديهم قدر من الوعي الصحي.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

37- إن المرضى الذين أعالجهم يتقيدون بتعليماتي في العلاج والمراجعة.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

38- يُرجع كثير من المرضى مرضهم لأسباب غيبية كالسحر والحسد.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

39- هل توافق بأن المرض هو حدث اجتماعي يمكن تفسيره خارج علم الحياة وعلم الطب

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

40- عند علاج المرضى يجب إدخالهم من ضمن نموذج السلوك المنحرف ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

41- لعلاج الأمراض هل يجب أن نفهم الخصائص الفسيولوجية والبيولوجية للشخص فقط

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

42- كثير من المرضى يحملون ثقافات منغلقة ولا يتقبلون تعليمات الطبيب.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

43- لا أتعامل مع المرضى الذين لا يتقيدون بتعليمات الطبيب.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

44- تلعب ثقافة المرضى دوراً أساسياً في إصابتهم بالمرض.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

45- هل تسأل المريض عن عمره ونوع عمله قبل عملية الكشف عليه ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

46- هل تعتقد أن العمر والمهنة لهما علاقة بالمرض ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

47- أتعامل مع المرضى بالكلام فقط ولا ضرورة للكشف عليهم.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

48- أتعامل مع المرضى بالكلام والكشف الطبي معاً.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

49- هل تسأل المريض عن خبرته ومعلوماته حول المرض الذي يعاني منه.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

50 – ما معنى المرض عند المريض من وجهة نظرك ؟

المرض عارض ومسبب للألم ( ) هو الإحساس بالألم فقط ( ) هو عدم الراحة الجسمية والنفسية ( ) هو تغير أو عجز عن أداء الوظائف الفسيولوجية ( )

51- كم من الوقت تقض للكشف على المريض ؟

خمس دقائق ( ) عشر دقائق ( ) خمس عشرة دقيقة ( ) لا أعرف ( )

52- ما تقييمك لتقييم المريض لنفسه ؟

- تقييم علمي من حيث الأسباب والعلاج( )
- تقييم غير علمي من حيث الأسباب والعلاج ( )

53 – إذا كان تقييمه غير علمي فلماذا ؟

عدم وجود ثقافة علمية حول المرض ( ) عدم فهم المريض لطبيعة المرض ( ) لنقص الوعي ( ) لمقارنة المريض نفسه مع مريض آخر ( )

رابعاً. إدراك الطبيب.

54- أدرك أن هناك أمراضاً ذات طبيعة اجتماعية.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

55- اعتقد أن بعض من يترددون على الطبيب للعلاج يتمارضون.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

56- أعتقد أن بعض من يترددون على الطبيب للعلاج هم مرضى يتوهمون المرض.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

57- اعتقد أن من يترددون على الطبيب هم مرضى بالفعل.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

58 – أعتقد أن من يترددون على الطبيب يحاولون التهرب من بعض المسؤوليات الاجتماعية والاقتصادية ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

59- أشعر أحياناً بأنني لا أستطيع تشخيص المرض بدقة.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

60 – إذا كان الجواب بنعم فلماذا ؟

لكثرة الحالات التي أعالجها ( ) لوجود أمراض خارج تخصصي ( ) لاختلاف الشكوى عن أعراض المرض ( ) لعدم إلمامي بالنواحي التطبيقية للمرض ( ) لعدم قدرة المريض على وصف حالته بدقة ( ) لتغير الحالة المرضية للمريض بعد تناوله علاج غير مقرر ( ) هناك أمراض ليست عضوية ( ) لتجدد الأمراض والعلم ( ) لقلة المعدات الطبية والتجهيزات ( )

61- هل يمكنك فهم السلوك الاجتماعي للمريض عند تشخيصه.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

62- هل يمكن أن تدرك السبب الحقيقي لزيارة المريض للطبيب.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

63 - يتقبل المريض تعليماتي إذا كان بيني وبينه اتصال مباشر.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

64- هل تستطيع تشخيص المرض إذا كان اجتماعي المنشئ.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

65- كثير من الأمراض يمكن علاجها بوسائل اجتماعية.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

66 – هل تجد اختلاف بين المرضى في وصفهم حالتهم المرضية من حيث الأسباب والأعراض ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

67- هل تتوافق مع القول إن أسباب الأمراض تبدأ بأسباب اجتماعية ثم نفسية ثم بيولوجية ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

68- إن أهم ما في العملية العلاجية هو التفاعل بين الطبيب والمريض.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

69- ليس من الضروري إخبار المريض بموضوع مرضه.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

70- إن ضغط الحياة النفسي والاجتماعي سبب في الإصابة بالمرض.

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

71- كيف تعرف أعراض المرض عند المريض ؟

بسؤله ( ) بالكشف ( )بالنظر إلية ( )

خامسا : الظروف الفيزيقية

72- هل تتمتع بمميزات مادية في عملك بالمستشفى ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

73- هل راتبك الشهري يكفي حاجتك ويوفي التزاماتك الخاصة ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

74- هل ترغب بالعمل في العيادات الخاصة لزيادة دخلك الشهري ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

75 – هل هناك فرق في التعامل مع المرضى في العيادات الخاصة والعامة ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

76 - ما أبذله من جهد لا يتناسب مع ما احصل عليه من مرتب ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

77- هل أنت راض عن مكانتك الطبية بالمستشفى ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

78- إذا كنت غير راض فلماذا ؟

لطموح الطبيب إلى الأفضل ( ) لعدم توفر الإمكانيات اللازمة ( ) لسوء الإدارة ( ) لعدم إتاحة الفرصة لي لتقديم ما لدي من خبرة ( ) لكثرة المسؤوليات الخاصة ( ) لقلة العائد المادي ( )

79 – هل المستشفى مجهز بكل ما يلزم لعلاج المرضى ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

80- هل التهوية في غرف المستشفى جيدة وتساعد على العلاج والشفاء من الأمراض ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

81- هل الطعام الذي يقدم للمرضى في المستشفى يتناسب وحالتهم الصحية ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

82 – هل نوعية وكمية العلاج المتوفرة في المستشفى كافية لإتمام عملية العلاج ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

83- هل هيئة التمريض مؤهلة بشكل يسمح لهم بتقديم المساعدة الفنية للطبيب وتسهيل عمله؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

84 – هل تعتقد أن المستشفى هو المكان المناسب لراحة المريض وتلق العلاج ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

جدول عمل الأطباء بمستشفى الشهيد امحمد المقريف المركزي اجدابيا خلال الأسبوع

جدول رقم (1)

ت	اسم القسم	عدد الأطباء المناوبين في اليوم	المجموع الكلي في الأسبوع
1	الباطنيـة	3	21
2	الجراحـة	4	23
3	التخديـر	2	15
4	الولادة وأمراض النسـاء	2	15
5	العظـام	3	11
6	أوذن وحنجـرة	2	4
7	جراحة مسالـك	1	4
8	أشعـة	3	3
9	طبيب قلـب	1	2
10	طبيب منظـار	1	2
11	المجمـوع	22	100

❖ المصدر : أمانة اللجنة الشعبية للصحة بشعبية اجدابيا 2006

قائمة المراجع

أولاً. المراجع :

-10 إبراهيم عبد الهادي المليجي، الرعاية الطبية والتأهيل من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، بدون سنة نشر.

-11 إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1991.

-12 أميرة منصور يوسف، المدخل الاجتماعي للمجلات الصحية والطبية والنفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1997.

-13 إحسان محمد الحسن، موسوعة علم الاجتماع، الدار العربية للموسوعات، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان، 1999.

-14 إقبال حمد بشير، إقبال إبراهيم مخلوف، الرعاية الطبية و الصحية و المعوقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، بدون سنة نشر.

-6 أحمد فايز النحاس، الخدمة الاجتماعية الطبية (التطبيق العلمي) فهمي للنشر والتوزيع، القاهرة، 1996.

-7 الوحيشي أحمد بيري، عبدالسلام بشير الدويبي، مقدمة في علم الاجتماع الطبي، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع و الإعلام، طرابلس، الطبعة الأولى، 1989.

-8 جبر متولي سيد أحمد، أضواء على الصحة العامة، بل برنت للطباعة و التصوير، القاهرة، 2000.

-9 جي روشية، علم الاجتماع الأمريكي دراسة لأعمال تالكوت بارسونز، ترجمة محمد الجوهري، احمد زايد، بدون سنة نشر، ص 215.

-10 حسين عبد الحميد أحمد رشوان، دور المتغيرات الاجتماعية في الطب و الأمراض، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، 1999.

-11 حمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، بدون سنة نشر.

-12 د.ج.أ. بارك وآخرون الموجز في طب المجتمع، ترجمة الزروق الهوني، سالم الحضيري، منشورات مجمع الفاتح للجامعات، طرابلس، 1989.

-13 دوجال ماكاي، علم النفس الإكلينيكي النظرية و العلاج، ترجمة عباس محمود عوض،

دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2005 .

14- ديفيد كايدون مورربل، ترجمة لبنى عبد الرحمن الطيب الأنصاري، فن الممارسة الطبية العامة، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، 1995.

15- رأفت عسكر، علم النفس الإكلينيكي التشخيص و التنبؤ في ميدان الاضطربات النفسية والعقلية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 2004.

16 - زهير محمد نعمان، أطباء الغد تحديات معاصرة واستراتيجية التغير، مركز الدراسات السياسية والاستراتيجية، 1997.

17- زينب زهري، صالح الزين، دراسات في علم الاجتماع والانثربولوجيا، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، الطبعة الأولى، 1990.

18- سعاد عثمان وآخرون، الصحة والمرض من وجهة نظر علماء الاجتماع والانثربولوجيا، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، الطبعة الأولى، 1999.

19- سميح أبومغلي، عبد الحافظ سلامة، علم النفس الاجتماعي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2002

20- سلوى محمد عبد الباقي، آفاق جديدة في علم النفس الاجتماعي، مركز الإسكندرية، بدون سنة نشر.

21- سعيد الصايغ، الإيدز مرض الشباب، شركة المطبوعات للتوزيع و النشر، بيروت الطبعة الأولى، 1988.

22- شفيق رضوان، علم النفس الاجتماعي، مجمع المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، الطبعة الأولى، 1996.

23- صلاح الدين شبل دياب، صحة المجتمع، مطبعة نور الإيمان، 2003.

24- طلال الناصر، كيف يتعامل الأخصائي مع مرض الإيدز، WWW.Dr.Omar.com الرياض، 2003.

25- طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمة الصحية، مكتب المدينة الزقازيق، الطبقة الثانية، 2000.

26- عبد العزيز شرف، نماذج الاتصال في الفنون والإعلام والتعليم وإدارة الأعمال، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة، 2003.

27- علي الهادي الحوات وآخرون، دراسات في المشكلات الاجتماعية، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، طرابلس، الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية العظمى، 1985

28- عبد الله محمد عبد الرحمن، علم الاجتماع النشأة والتطور، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003.

29- عبد الفتاح محمد دويدار، في علم النفس الطبي والمرضي والإكلينيكي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2005.

30- علي المكاوي، محمد الجوهري، علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1990.

31- عبد الفتاح عثمان، علي الدين السيد محمد، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، مؤسسة نبيل للطباعة و الكمبيوتر، القاهرة، 1999.

32- عبد الوهاب عبد القادر، مصطفى الجلي، السلوك الطبي وآداب المهنة، جامعة الموصل، العراق، الطبعة الأولى، 1988.

33- علي مكاوي، الأنثربولوجيا الطبية دراسة نظرية و بحوث ميدانية، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، 1994.

34- علي عبد الرازق جلبي، حسن محمد حسن، علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2000.

35- عبد المحيي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003.

36- على أحمد علي، الصحة النفسية ومشكلاتها ووسائل تحقيقها، مكتبة عين شمس، القاهرة، بدون سنة نشر.

37- عبد الله عامر الهمالي، التحديث الاجتماعي معالمه ونماذج من تطبيقاته، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، مصراته، الجماهيرية العظمى، الطبعة الأولى، 1986.

38 – على الدين السيد محمد، محمد محمود عويس، التدريب العملي في الخدمة الاجتماعية، دار بل برنت، القاهرة، 1998.

39 - عبد الله معمر، الطب الشعبي والتطور الاجتماعي في اليمن، مكتبة مدبولي، الطبعة الأولى، 1999.

40- عبدالعزيز على الخزاعلة، مكانة وادوار المرضين والممرضات في النسق الطبي، www.uqu.sa.

41- عبد الله محمد عبد الله، سوسيولوجيا المستشفى، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، 1988.

42- غريب سيد أحمد، دراسات في علم الاجتماع العائلي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1995.

43- فهمي سليم الغزوي، المدخل إلى علم الاجتماع، دار الشرق، عمان، 1997

44- لندال دافيدوف، مدخل علم النفس، ترجمة سيد الطوب و آخرون، الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة، الطبعة الثالثة، 1992.

45- محمد أحمد بيومي، الأبعاد الاجتماعية للرفض الاجتماعي لمرض الجذام، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1985.

46- محجوب عطية الفائدي، مبادئ علم الاجتماع والمجتمع الريفي، جامعة عمر المختار، البيضاء، الطبعة الأولى.

46- محمود جمال ماضي أبو العزائم، علاقة الطبيب بالمريض، www.elzayem.com.

47- محمد على محمد، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1991.

48- محمد خليل الشاذلي وآخرون، طب المجتمع، منظمة الصحة العالمية، بيروت، لبنان، 1999

49- محمد رفعت، قاموس الإيدز الطبي ، دار ومكتبة الهلال، بيروت، 1991

50- محمد رفعت، قاموس الرجل الطبي، دار ومكتبة الهلال للطباعة والنشر، بيروت، الطبعة الثانية، 1995.

51- محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، بدون سنة نشر.

52- مصطفى غالب، في سبيل موسوعة نفسية، منشورات دار ومكتبة الهلال، بيروت، 1978.

53- محمد يسري دعبس، الاتصال والسلوك الإنساني، البيطاش سنتر للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 1999.

54- ماجدة السيد حافظ، محاضرات في علم الاجتماع الطبي، مكتبة الحرية الحديثة، جامعة عين شمس، بدون سنة نشر.

55- محمد سلامة غباري، السيد عبد الحميد عطية، الاتصال ووسائله بين النظرية والتطبيق، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1991.

56- ميشيل مان، موسوعة العلوم الاجتماعية، ترجمة عدل مختار الهواري، سعد عبد العزيز مصلوح، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999.

57- نيقولا نيماشيف، نظرية علم الاجتماع طبيعتها وتطورها، ترجمة محمد عودة وآخرون، دار

المعارف، القاهرة، الطبعة السادسة، 1980.

58- نازك سابا يارد، الرحالون العرب و حضارة الغرب في النهضة العربية الحديثة، دار نوفل، الطبعة الثانية، 1992.

59- نبيل صبحي حنا، الطب و المجتمع، مكتبة الانجلو المصرية القاهرة، 1987.

60- نادية عمر، العلاقة بين الأطباء والمرضى دراسة في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1993.

61- نجاح قدور، أسس علم الاجتماع، دار النخلة للنشر، تاجوراء، الجماهيرية العظمى، 1999.

62- هناء حافظ بدوي، الاتصال بين النظرية والتطبيق، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2003.

63- يوسف إبراهيم المشيني، علم الاجتماع الطبي، دار المستقبل للنشر و التوزيع، عمان ، الأردن، 2000.

ثانيا : الدوريات.

1- أبو بكر يوسف شلابي، بعض ملامح الأنثربولوجيا الطبية، مجلة العلوم الإنسانية العدد الثاني، 1991.

2- فتح الله السنوسي الجدي، المسؤولية الطبية الليبية فيما يتعلق بمرضى الإيدز، مجلة الملتقى، السنة الثالثة، العددان 8،7، 2005.

3- ميكو ياما موتو وآخرون، تحليل بيئي للصحة العامة في اليابان، ترجمة جميل على حمدي، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، العدد الثاني والثلاثون، السنة الثامنة، 1978

4- مانوشهر محسني، المرضى ولجوئهم للرعاية الصحية في إيران، ترجمة عمر المكاوي، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، العدد الثاني والثلاثون، السنة الثامنة، 1978

5- معن خليل عمر، صراع التصنيع مع الثقافة الاجتماعية في الأسرة، مجلة شؤون اجتماعية، العدد الثامن عشر، السنة الخامسة، 1988.

ثالثا. الرسائل العلمية.

1- عاطف محمد شحاتة، الأبعاد الاجتماعية لظاهرة تحمل الأفراد والآلام المرض، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة، 1990.

2- علي عطية سعود، الأبعاد الاجتماعية للأمراض التناسلية دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي، رسالة ماجستير غير منشورة، 1992.

3- فوزي عبد الرحمن، دراسة انثروبولوجية للممارسات الطبية الشعبية في الريف المصري مع التطبيق على إحدى القرى، رسالة ماجستير غير منشور، جامعة عين شمس القاهرة، **1984**.
4- ماجدة محمد عبدالحميد فايز، بعض أنماط الصحة والمرض لدى أطفال الطبقات المختلفة، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الزقازيق، **1997**.
5- نادية فؤاد حميدو، البناء الاجتماعي للمستشفى، رسالة كتوراة غير منشورة، جامعة الإسكندرية، **1988**.
6- نادية محمد السيد عمر، العلاقات بين الأطباء والمرضى، رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة الإسكندرية، بدون سنة نشر.

فهرس الموضوعات

الفصل الثالث :

الفصل الرابع :

الملاحق

المراجع

فهرس الجداول



هذا الكتاب

محاولـة تقـوم علـى مقاربـة منهجيـة لتقـديم العلاقـة الاجتماعيـة الثقافيـة ومنعكـسها علـى صـحة الإنـسان والبحث في العادات والتقاليد والمفاهيم الخاطئة والأهمية التـي ينطـوي عليهـا التثقيـف الـصحي إزاء العلاقـة بـين الطبيب المعالج والمريض.

لـذا فهـي محاولـة لتجديـد وترسـيخ مفـاهيم تتعلـق بالصحة والمرض وعلاقة الطبيب بـالمريض، والمـساعدة الطبية المقدمة، وإنها لا تعني طلب الدواء بقدر مـا تعنـي طلب المـساندة والمـوازرة الاجتماعيـة والألفـة المعهـودة في بني الإنسان.

إن الدراسـات الـسابقة التـي درسـت هـذا الموضـوع، والتي توفر جزءاً يسيراً منهـا للباحـث، أثبتت بمـا لا يـدع مجـالاً للشك أن العامل الاجتمـاعي هو أهم العوامل علـى الإطلاق فـي العمليـة العلاجيـة، باستثناء بعض الأمراض التي تحتاج إلى علاج طبي بحت.

